



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO
JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenção do Enfermeiro especialista
em enfermagem de saúde mental e
psiquiátrica ao Cuidador informal do
doente com demência**

Vânia de Jesus Horta Rodrigues

Orientação: Ana Paula Banza Zarcos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO
JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao Cuidador informal do doente com demência

Vânia de Jesus Horta Rodrigues

Orientação: Ana Paula Banza Zarcos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

AGRADECIMENTOS

Ao longo do meu percurso académico, bem como na definição e conclusão do presente trabalho, vários foram os constrangimentos e sucessos que forma surgindo, quer a nível pessoal, quer a nível académico. Este caminho, consubstanciou-se suportado pelo contributo de várias pessoas, o qual de forma direta ou indireta, terá contribuído para o sucesso do trabalho a que me propus.

Deste modo, antes de mais, agradeço à minha família pelo apoio incondicional que demonstrou ao longo deste percurso académico. Estou igualmente grata aos amigos que me encorajaram nos momentos menos fáceis e me reforçaram positivamente nas pequenas conquistas do quotidiano. A conclusão desta etapa tornou-se possível, assim, pelo envolvimento e motivação que me foram transmitido e que contribuiu decisivamente para a sua realização.

Agradeço a quem me acompanhou ao longo de todo o percurso. O seu contributo foi decisivo, possibilitando um maior envolvimento e interesse, bem como uma reflexão contínua a respeito do tema apresentado, tornando possível a sua operacionalização.

Neste contexto, é imperativo um agradecimento particular à Professora Orientadora de estágio/relatório, Paula Zarcos, pela orientação disponibilizada, apoio, confiança, rigor e experiência transmitidos, tornando possível a concretização deste trabalho. Um agradecimento especial também à Enfermeira orientadora do estágio, Paula Colaço, e ao professor Lino Ramos pela motivação e incentivo que me transmitiram, contribuindo ativamente para o meu crescimento pessoal, académico e profissional. A estas pessoas dedico o trabalho que agora se apresenta.

RESUMO

O presente trabalho de investigação, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, assumiu como objetivo o estudo da relação entre a sobrecarga e a ansiedade num grupo de cuidadores informais. Este grupo foi reativado no âmbito da consulta de Gerontopsiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

Suportado por sustentação teórica, este estudo apoiou-se, não só na entrevista e no exame geral ao utente, mas também em instrumentos de colheita de dados específicos: Questionário Sociodemográfico (Apêndice A), Escala de Hamilton (Anexo V) e Escala de Zarit (Anexo IV). Os dados recolhidos foram alvo de aplicação de instrumentos de análise de dados, como o programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 23 para o sistema operativo Windows. Com base nestes instrumentos, os dados recolhidos foram alvo de análise e avaliação, possibilitando o estabelecimento de possíveis conclusões e intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: demência, cuidador informal, sobrecarga

ABSTRACT

The present research work, developed in the scope of the Master in Nursing, with specialization in Mental Health and Psychiatry, assumed the objective of the study of the correlation between overload and anxiety in a group of informal caregivers. This group was created under the Gerontopsychiatry consultation of the Department of Psychiatry and Mental Health (DPSM) of the Local Health Unit of Baixo Alentejo (ULSBA).

Based on theoretical support, this study relied on specific data collection instruments: a Sociodemographic Questionnaire and instruments of application of the Hamilton Scale and Zarit Scale. The data collected were submitted to data analysis tools, such as the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 23 for the Windows operating system. Based on these instruments, the data collected were analyzed and evaluated, allowing the establishment of possible conclusions and interventions.

Key words: dementia, informal caregiver, overload

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cuidador informal e pessoa cuidada	25
Tabela 2 - Cronograma de Atividades	40
Tabela 3 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo	47
Tabela 4 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo.....	48
Tabela 5 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo	49
Tabela 6 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escala de Hamilton.. ao grupo em estudo.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo	47
Gráfico 2 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo.....	49

LISTA DE SIGLAS

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IAS - Indexante dos apoios sociais

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM - Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos serviços de Saúde Mental em Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPIA - Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

UIP - Unidade de Internamento em Psiquiatria

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

WFMH - World Federation For Mental Health

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1. Conceito De Saúde Mental No Idoso	18
2.2. Demência E Prestação De Cuidados	20
2.3. Cuidador Informal	23
2.4. Estatuto Do Cuidador Informal Na Atualidade	24
2.5. Modelo Concetual De Betty Neuman.....	26
2.6. Questões Éticas E Legais.....	29
2.7. Intervenções Psicoeducativas Para Cuidadores.....	31
3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	36
4. METODOLOGIA	38
4.1. Diagnóstico De Situação	38
4.2. Definição Dos Objetivos	39
4.3. Fase De Planeamento.....	39
4.4. Fase De Execução.....	40
4.5. Fase De Avaliação.....	43
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
5.1. Análise Sociodemográfica.....	46
5.2. Análise Estatística Relativa À Escala De Zarit	47
5.3. Análise Estatística Relativa À Escala De Hamilton	49
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	51
7. CONCLUSÃO	60

8. BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	LXXIV
ANEXO I – PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE JACOBSON ...	LXXV
ANEXO II - PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE SCHULTZ	LXXX
ANEXO III - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	LXXXVIII
ANEXO IV - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR – ESCALA DE ZARIT	XC
ANEXO V- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON	XCI
ANEXO VI- AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA.....	XCII
APÊNDICES.....	XCIII
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	XCIV
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO	XCV
APÊNDICE C – ARTIGO	XCVIII
APÊNDICE D – CONVOCATÓRIA AOS CUIDADORES INFORMAIS	CII
APÊNDICE E – PLANO DAS SESSÕES REALIZADAS	CIII

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, afeto à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Salienta-se ainda que este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português, tendo sido utilizado a norma de referência da American Psychological Association – APA na 6ª edição. O seu objetivo final visa contribuir para a promoção de conhecimento no domínio da Saúde Mental e Psiquiátrica, procurando enfatizar a relevância investigativa do papel do Enfermeiro junto dos cuidadores informais de sujeitos diagnosticados com demência. Deste modo, a intervenção psicoeducativa do EEESMP (Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica) ao cuidador informal do doente com demência assume-se como foco do estudo que aqui se apresenta.

Com efeito, o trabalho que agora se consubstancia, numa primeira instância, alicerçou-se e encontrou significado em vivências profissionais e percurso formativo. O meu percurso académico e prática profissional, a qual abarcou o desempenho de múltiplas funções, foram, ao longo do tempo, contribuindo para uma motivação crescente no sentido de desenvolver uma prática voltada para a saúde mental.

A minha formação académica de base é de enfermeira generalista e é como tal que tenho vindo a exercer as minhas atribuições profissionais. É fruto da minha experiência no terreno que ganhei perceção relativamente ao aumento de patologias associadas à saúde mental, facto que me levou a ponderar a minha utilidade e contributo profissional nesta área em concreto. O meu foco motivacional centrou-se, assim, na pretensão de expansão do saber, adquirindo maior conhecimento e novas competências, com o intuito de alcançar um maior desenvolvimento como profissional e como indivíduo. Estes anseios levaram-me a decidir pelo ingresso no presente Mestrado na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No decurso da minha formação enquanto aluna de Mestrado, ingressei num estágio de 386 horas, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, na consulta de Gerontopsiquiatria.

A prática quotidiana dotou-me de competências no âmbito do exercício profissional da enfermagem na área em causa, bem como de uma visão abrangente do contexto inerente ao seu exercício, realçando potencialidades, constrangimentos e necessidades. Foi este contacto com o contexto, bem como com os demais profissionais, que me levou a trabalhar o universo dos cuidadores informais. De facto, havia indicadores concretos de que esta seria uma das maiores necessidades no serviço, uma vez que a minha presença permitiu retomar uma prática anteriormente iniciada, mas temporariamente interrompida por falta de meios humanos, a dinamização de um grupo de apoio a cuidadores informais. Importa salientar que, aquando do término do meu estágio e até à atualidade, a equipa de Gerontopsiquiatria mantém-se motivada para continuar o meu trabalho, tendo mesmo ficado calendarizadas as restantes sessões de literacia para a saúde, com os cuidadores informais, até ao final do ano 2020.

O contacto quotidiano com utentes do serviço de Gerontopsiquiatria trouxe a noção da problemática associada ao envelhecimento e, em particular, ao acompanhamento dos idosos que poderão ser detentores de patologias do foro psiquiátrico. De facto, o aumento de esperança média de vida afigura-se, atualmente, como uma das conquistas mais positivas da nossa sociedade.

Não obstante, a longevidade do ser humano de hoje remete-nos para questões que vão surgindo com o avanço da idade concomitantemente com as doenças que geram incapacidade e dependência de terceiros por longa duração. É neste contexto que surgem os cuidadores informais. Trata-se de alguém, geralmente do seio familiar, que assume a função de prestar cuidados e zelar pelo bem-estar do indivíduo que apresenta limitações.

A doença mental, segundo o Relatório de Saúde Mental, da Organização Mundial de Saúde (OMS), atinge cerca de 450 milhões de pessoas no universo mundial (OMS, 2001). De acordo com o revelado no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, as

doenças de foro mental são responsáveis por 50% das dez principais razões de incapacidade e consequentemente dependência.

A demência é uma doença de foro mental, caracterizada pela sua transversalidade, afetando a sociedade em geral, sem exclusões de género ou etnias, não sendo, por isso, identificadas características afetas apenas a um grupo específico.

Em todo o mundo a demência é identificada como uma das principais causas de incapacidade e dependência, levando à exigência da disponibilidade dos cuidadores informais. Estima-se que anualmente 9,9 milhões de indivíduos são diagnosticados com demência e, caso se mantenham as tendências identificadas, esse número poderá duplicar até 2030 (74,7 milhões de doentes) e triplicar até 2050 (131,5 milhões de doentes). Desta forma pode-se estimar que exista um número correspondente de cuidadores informais dando resposta e cuidados a esses doentes (Direção Geral da Saúde, 2016.). São estes os recursos primários e, quase sem exceção, são elementos do agregado familiar. Estas pessoas são, muitas vezes, colocadas numa situação sem alternativa, relegando as suas próprias necessidades e bem-estar para segundo plano. A evolução da doença e a exigência a que obriga desenvolve, progressivamente, nos cuidadores desgaste e sobrecarga e assim reduz as suas condições e qualidade de vida (Meijer, et al., 2004).

Uma doença de foro mental, grave e incapacitante, bem como a sua integração numa família, obriga a um determinado conjunto de adaptações do agregado que permaneçam flexíveis perante contratempos e alterações imprevistas que vão surgindo. Estas alterações, embora muitas vezes possam parecer insignificantes, como a mudança de horários ou a execução de novas tarefas, provocam um estado de alerta e de criação de uma consciência quanto à imprevisibilidade, obrigando mesmo à renovação e aquisição de novos conhecimentos para lidar com a vicissitude que no momento se coloca (Sequeira, 2010 e Machado, 2012).

Embora estas mudanças afetem todo o agregado familiar, é o cuidador direto, habitualmente apenas um elemento dentro do agregado familiar, que sentirá o maior impacto, sendo este que assumirá todas as atividades e cumprimento de resposta às necessidades e prestação de cuidados ao elemento doente (Braithwaite, 2000). Este

impacto, resultante da responsabilidade com que se depara, trará uma realidade nova e com implicações, uma vez que o grau de afetação é elevado e poderá dizer-se que invasivo ao ponto de adulterar a sua vida até ao momento com mudanças profundas a nível pessoal, laboral, social e mesmo familiar (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003).

Esta mudança, habitualmente abrupta e sem pedido de invasão, deveria obrigatoriamente seguir uma transição adaptativa e formativa uma vez que, conforme indicam referências literárias, deve o cuidador estar informado acerca dos devidos cuidados que deverá prestar no domicílio, quer dos serviços externos que poderá recorrer, levando-o a ultrapassar, com conhecimento, os constrangimentos que surjam e diminuir a sua exaustão e vulnerabilidade (Bastos, Quesado, Padilha, Ferreira, & Kraus, 2005).

Sabendo-se que o cuidador informal assume em si mesmo, muitas vezes sem outros elementos para repartir a responsabilidade, todos os cuidados no domicílio, é necessário que obtenha conhecimentos acerca da doença e do modo como lidar com a mesma, mas sobretudo que assuma o cuidado de si mesmo dando relevo ao seu autocuidado, estando em alerta para todas as exigências que uma tarefa a este nível implica quer a nível físico, quer a nível psicológico (Cardoso, 2011; Pereira, 2011).

É neste contexto que se torna evidente que os cuidadores informais podem ser referenciados como um grupo vulnerável. A prestação contínua de cuidados a outrem, sob uma possível hipoteca de si próprio pode torná-los num grupo em risco, colocando em causa o seu estado de saúde geral e, em particular, a sua saúde mental e psiquiátrica.

Sendo um grupo vulnerável, a sua situação de risco fundamenta a necessidade de criação de programas específicos de prevenção e atuação junto dos cuidadores informais, intervindo no sentido de lhes facultar auxílio e competências que contribuam para o aumento do seu bem-estar. Esta é uma das áreas que torna relevante a ação especializada da enfermagem. Podendo, entre outras, fazer incidir a sua representatividade através da intervenção psicoeducativa, potenciando o auxílio às famílias e pessoas com doença mental e contribuindo para desenvolverem e atingirem o equilíbrio necessário.

Na realidade, a área da Saúde, mais concretamente a enfermagem na área da saúde mental, apresenta-se como um recurso externo à família de importância relevante dada a base da sua incidência e ação se centrar na relação interpessoal quer entre o indivíduo, a família ou comunidades (OE, 2004).

De facto, a ação e o objetivo da enfermagem desenvolve-se com o intuito de concretizar a mudança, não descurando a necessidade de adotarem e zelarem pela inter-relação e abertura para/das pessoas com doença e seus cuidadores (Wright & Leahey, 2002). De realçar que se torna imperativo que os cuidados de saúde primários estejam sensibilizados e preparados para um acompanhamento diretivo e envolvente de todos os elementos que se pretendem devidamente informados.

Esta proximidade torna os enfermeiros, logo após as famílias, os elementos mais chegados ao contexto desafiante em que vivem os cuidadores informais e os doentes, sendo valorizado o seu papel no processo de acompanhamento, tratamento, recuperação do doente com doença mental, assim como no processo informativo relativamente ao cuidador informal.

Decorrente dos aspetos anteriormente elencados, os cuidadores informais, tendo em conta os seus contextos e limitações, constituem-se como grupo de estudo revestido de grande interesse e relevância científica e prática. É neste domínio que se consubstancia o propósito do trabalho que agora se apresenta. Este pretende fazer incidir o estudo a que se propõe com vista à análise da relação entre a sobrecarga e a ansiedade resultante do cuidado prestado à pessoa idosa com demência por parte dos seus cuidadores informais. Paralelamente, pretende promover a participação destes num grupo de cuidadores informais de doentes idosos com demência para os ajudar a lidar com a pessoa de quem cuidam e a cuidarem da sua própria saúde.

Desta feita, como objetivos específicos foram definidos:

- Analisar a relação entre o nível de sobrecarga e a ansiedade provenientes do cuidado à pessoa com demência, dos cuidadores informais que aceitem participar no estudo, utentes esses, seguidos na consulta de Gerontopsiquiatria do DPSM da ULSBA;

- Identificar as dificuldades e necessidades dos cuidadores informais das pessoas com demência para planear medidas e intervenções de enfermagem para dar resposta a essas necessidades e dificuldades através da reativação do grupo de cuidadores informais de doentes com demência previamente existente neste serviço.

A sustentabilidade do estudo desenvolvido enraizou-se num enquadramento teórico que se procurou sólido. Como tal, apostou-se numa revisão bibliográfica consistente e que pretendeu contextualizar a temática nos seus diferentes conceitos dominantes, como sejam saúde mental no idoso, demência e prestação de cuidados, cuidador informal, questões éticas e legais, estatuto atual do cuidador informal e intervenções psicoeducativas. Esta fortaleceu-se com a elaboração de um artigo científico (Apêndice C) com pergunta de partida: “Qual a relação existente entre a sobrecarga e a ansiedade nos cuidadores informais da pessoa com demência”, estruturado no sentido de estudar a relação entre a sobrecarga e a ansiedade sentidas pelos cuidadores informais. Este mesmo artigo, (Apêndice C), foi elaborado tendo por base uma revisão bibliográfica sobre esta temática, baseando-se em publicações dos últimos dez anos.

O estudo que analisa a relação entre a sobrecarga e a ansiedade provenientes do cuidado à pessoa idosa com demência, facilita a caracterização do grupo e das suas necessidades e dificuldades, o que permitiu a dinamização de sessões participadas para um grupo de cuidadores informais como forma de ajuda a esses mesmos cuidadores informais. Estas sessões surgiram das necessidades e dificuldades encontradas e referidas pelos cuidadores informais e visaram trabalhar competências ao nível da literacia para a saúde, dinâmicas de grupo e promover momentos de relaxamento, consoante as necessidades do grupo em causa. Estas sessões tiveram duração de cerca de uma hora e realizaram-se uma vez por semana ou de quinze em quinze dias no DPSM da ULSBA, num total de dez sessões, incluindo não só as sessões de literacia para a saúde mas também as sessões de relaxamento. A primeira sessão de literacia para a saúde denominou-se “Cuidar de si”, a segunda sessão de literacia para a saúde intitulou-se “Gerir o stress” e a terceira sessão de literacia para a saúde apelidou-se “Estratégias de coping”, seguidamente o grupo participou em dois tipos diferentes de sessão de relaxamento, de Schultz e de Jacobson. Cada sessão de literacia para a saúde e de relaxamento foi repetida para que todos os cuidadores informais pudessem comparecer e participar. Este estudo teve carácter transversal e quantitativo, pelo que

implicou a aferição de um conjunto de parâmetros, com recurso a instrumentos que avaliam quantitativamente a perceção dos participantes sobre um conjunto de aspetos relacionados com a sua sobrecarga e a ansiedade enquanto cuidadores informais. A recolha de dados foi realizada através da entrevista e do exame geral do utente mas também através de questionários vocacionados para uma caracterização sociodemográfica, bem como através de instrumentos já testados e adaptados à população Portuguesa, tais como a escala de Ansiedade de Hamilton (1959) e a escala de sobrecarga de Zarit (1980).

Esta iniciativa surge na decorrência da noção e, simultaneamente reforça-a, de que é necessário destacar-se não apenas o cuidado dos doentes com demências, nomeadamente os com idade mais avançada, mas também se deve destacar a intervenção e apoio aos seus cuidadores informais, contribuindo para a manutenção do seu bem-estar, reforçando-os de forma a serem capazes de continuar a cuidar.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Conceptualizar ... forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo”. (Fortin, 2000, pg 39)

Como referido no artigo científico (Apêndice C) que ampara a parte teórica deste trabalho, Lynn e Barbara (2008), no seu estudo, referem que, à medida que os cuidados de saúde se tornam mais sofisticados e disseminados, a esperança média de vida aumenta, pelo que a população idosa e com demência tende, também, a aumentar. Consequentemente, a esta mudança de paradigma demográfico, surge, nas discussões sobre saúde no século XXI, o desafio de construir estratégias para otimizar o suporte a pessoas nesta fase da vida.

A demência é uma das doenças progressivas relacionadas ao envelhecimento que acarreta mais complexidade, o que traz implicações claras à prática profissional de profissionais de saúde. Ademais, emergem, também, desafios para os cuidadores informais associados à pessoa com demência, os quais acarretam, na maioria dos casos, a vivência de um quotidiano em sobrecarga. É fulcral desenvolver respostas adequadas que permitam diminuir esta sobrecarga, melhorar a qualidade de vida e, ainda, que os cuidadores prestem cuidados em casa por períodos mais longos antes da institucionalização (Lynn & Barbara, 2008).

Sendo a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas com demência uma realidade cada vez mais evidente, tal assume reflexos generalizados, quer a nível físico, quer a nível mental. Riedel, Klotsche e Wittchen (2016), tal como mencionado no artigo

científico (Apêndice C), onde se baseou grande parte da parte teórica deste trabalho, encontraram evidências significativas neste sentido, uma vez que, obtiveram conclusões que apontavam para a presença de pelo menos uma condição sintomática em 73,7% dos cuidadores informais participantes no estudo (Riedel, Klotsche & Wittchen, 2016). No entanto, as intervenções multidisciplinares centradas no cuidador informal têm mostrado resultados com melhorias consistentes, resultando, por inerência, numa institucionalização mais tardia dos pacientes com demência.

Assim, torna-se claro que os profissionais de saúde devem abordar este tema de forma preventiva, promovendo uma deteção precoce e uma resposta rápida e ajustada. Prevenir e agir no domínio da sobrecarga dos cuidadores implica não só ganhos a nível individual – maioritariamente das esferas associadas à saúde – mas também económico e social. De uma forma geral, reduz não só os custos pessoais como sociais associados à institucionalização e promove a criação de serviços de apoio domiciliários responsivos (Riedel, Klotsche & Wittchen, 2016).

2.1. Conceito De Saúde Mental No Idoso

Em 1946 a OMS definiu o conceito de saúde como, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade”. Não obstante, outros contributos foram sendo defendidos, demonstrando-se que esta não tem uma definição estanque, uma vez que o conceito de saúde, assim como o conceito de doença, diferem de pessoa para pessoa, consoante o seu projeto pessoal de vida assim como as suas perspetivas e experiências relativas à saúde, doença e cuidados (Ayres, 2007). Desta forma, “a saúde é uma noção temporal, porque a experiência de saúde dá a conhecer a saúde e evolui com experiências futuras, sendo determinada pelo tempo e não podendo ser explicitada uma vez por todas” (Silva & Coutinho, 2000, p.38).

Apresenta-se assim como um processo em desenvolvimento ao longo dos anos e durante um espaço de tempo, acompanhando todo o processo de crescimento do indivíduo, incluindo as diferentes dimensões corporais, mentais e emocionais assim como a sua relação. Não se pode, pois, pensar na saúde ou na falta dela sem que se

inclua o funcionamento integral do organismo com a interação social (Joia, Ruiz & Donalísio, 2008).

Para autores como Albuquerque e Matos (2006), este é um conceito dinâmico e dessa forma difícil de ser mensurável. Identificam uma definição de algo que se apresenta num determinado momento, um estado de vida que está aberto à influência de fatores físicos, emocionais, sociais, económicos, ambientais (Albuquerque & Matos, 2006).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001):

“a saúde é o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (pg. 08).

Relativamente aos cuidados em saúde mental, esta destaca como uma prioridade o envelhecimento populacional tornando os idosos uma preocupação acrescida. Dado o crescente índice de população idosa e as suas necessidades de intervenção, ao nível psicológico equaciona-se a necessidade de uma intervenção refletida no que diz respeito ao cuidado em saúde mental (Roger, 2001).

Os problemas de foro mental, associados à velhice, encontram a nível cultural e social alguns constrangimentos e mesmo preconceitos enraizados, dificultando a promoção de um cuidado de qualidade.

Atualmente, estamos perante uma sociedade que cuida dos seus e com isso, impulsionado pelas mudanças e evoluções da ciência, que assegura de forma mais eficaz o bem-estar e qualidade de vida dos idosos, é possível usufruírem de intervenções

que lhes conferem recompensas ao nível psicomotor, socio-afetivos, cognitivos e familiares.

O envelhecimento persegue a sua evolução com a consciência de que o mesmo implica riscos quer físicos, quer de saúde mental, implicando perdas significativas a vários níveis como é o caso dos familiares, de retaguarda, amigos, motricidade, etc. Esta perda torna as políticas sociais e de saúde atentas às necessidades, estabelecendo a intervenção precoce como medida primária onde se pretende envolver o idoso mantendo-o ativo e envolvido, não perdendo sensação de pertença através de desenvolvimento de estratégias, disponibilidade de cuidados médicos especializados, para que o idoso e o seu cuidador consigam superar da melhor forma os constrangimentos intrínsecos ao contexto.

Nas unidades familiares de saúde, a saúde mental no idoso tem vindo a ser motivo de reflexão dada a preocupação que desperta, sendo o número de idosos cada vez maior assim como as patologias associadas a transtornos mentais. Existe ainda a questão orgânica e funcional associada a alterações hormonais que reduzem ou deixam de produzir, interagindo de forma negativa e redutora na capacidade funcional dos órgãos e enfraquecendo o metabolismo, potenciando e fragilizando o idoso tornando-o mais suscetível a patologias (Portal, 2015).

“Para fornecer apoio emocional aos idosos, não basta apenas estar ao seu lado, é necessária a aproximação não apenas física dos filhos e amigos, mas que estes sejam capazes de amparar e suprir as necessidades afetivas e sociais do idoso” (Tier et al., 2004, p. 333).

2.2. Demência E Prestação De Cuidados

A demência é identificada como um conjunto de sinais e sintomas, que se apresentam de cariz crónico e progressivo, levando a que a degeneração/degradação das

funções cognitivas evolua limitando a capacidade de organização do raciocínio e pensamento, agravando-se com o passar da idade (Apóstolo, 2010).

Neste seguimento um doente com esta doença mental, como define Apóstolo (2010), vai reduzindo a sua autonomia passando a ser dependente. Tal condição exige que o cuidador informal fique limitado na sua autonomia e autorrealização, assim como cristalice a sua competência a nível intelectual e emocional. Esta quase suspensão da vida do cuidador informal, leva-o, muitas vezes, a perder o sentido da vida, tornando o seu sofrimento e desconforto cada vez maior (Apóstolo, 2010).

No que concerne à síndrome demencial, deve referir-se que a doença se apresenta de variadas formas, sendo detentora de um largo espectro de sintomatologias associadas, ou seja, numa primeira fase pode apresentar-se através de esquecimento de assuntos, dificuldade na execução de tarefas complexas; Numa segunda fase, considerada intermédia, destaca-se por apresentar alterações profundas de memória, perda de orientação, não reconhecimento facial ou da identidade pessoal ou de outros, perda de capacidade de comunicação, ainda ao nível comportamental poderá apresentar momentos de agressividade, desinibição e perda de limites sociais, repetição; Enquanto, numa terceira fase, mais determinante e de limite, a fase de doença grave, o doente chega a tornar-se muitas vezes totalmente dependente perdendo por completo a sua funcionalidade motora e intelectual não sendo capaz de executar ou produzir nenhuma das suas atividades do quotidiano podendo até acamar (DSM-V, 2014).

A demência é classificada de variadas formas, no entanto de forma a as catalogar com utilidade clínica são divididas em demências primárias (degenerativas, em que a demência é a própria doença) e em demências secundárias (em que há outra doença que se manifesta por demência). Nesta existe a possibilidade de retrocesso ou prevenção de acordo com um diagnóstico correto, contribuindo para tal a colheita minuciosa da história clínica, o exame neurológico e neuropsicológico e o uso compreensivo de exames laboratoriais e imagiológicos (DSM-V, 2014).

Identificadas como as quatro causas mais frequentes de doença mental, na prática clínica, destacam-se a doença de Alzheimer, a demência vascular a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal (DSM-V, 2014).

São variados os fatores que levam à demência, nomeadamente a idade portanto, com o envelhecimento, o risco de demências aumenta principalmente após os 65 anos de idade. Outro fator relevante é o histórico familiar pois, com a incidência de demências no seio familiar, a prevalência de risco aumenta, podendo vir a desenvolver-se essa patologia. No entanto, pode não se apresentar como regra, uma vez que existem casos em que não se desenvolve a doença e em situações de histórico negativo passam a desenvolver. Existem ainda fatores que podem ser prevenidos como é o caso da aterosclerose, da hipertensão arterial, do colesterol elevado, da depressão, da diabetes, dos altos níveis de estrogénio, da obesidade, do tabagismo (DSM-V, 2014).

Relativamente aos sintomas e de forma abrangente é possível identificar no indivíduo com a patologia sintomas como perturbações do humor (depressão, ansiedade e elação do humor) numa fase mais inicial da doença. Agitação psicomotora, principalmente em estados moderados a graves, associada a confusão ou frustração, perturbações do sono, incluindo insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano, apatia caracterizada por diminuição da motivação, e ainda ocorrências de extroversão exacerbada ou desinibição são sintomas que se instalam. (DSM-V, 2014).

Como indicado anteriormente, um dos principais fatores de risco para o surgimento da patologia prende-se com a idade, sendo que a probabilidade de sofrer de demência aumenta com o passar dos anos, duplicando o risco, aproximadamente, a cada 5 anos (Santana et al., 2015). O sexo feminino está associado a um maior risco de ocorrência, facto que, segundo o DSM-V (2014), se associará ao facto de as mulheres terem uma maior esperança de vida.

Neste contexto, o cuidador e a sua função vão evoluindo em uníssono, acompanhando as fases anteriormente enunciadas. Na primeira fase, as funções de um cuidador informal concretizam-se pelo apoio emocional, bem como ajuda com tarefas domésticas e atividades financeiras, as quais poderá ir monitorizando. Numa segunda fase, os cuidados são redobrados, sendo necessário garantir as necessidades ao nível do cuidado pessoal. Numa fase de doença grave, será necessária total supervisão e garantia de todos os cuidados para a subsistência do bem-estar mínimo do doente, substituindo-o em qualquer atividade de forma permanente (WHO, 2012).

2.3. Cuidador Informal

O cuidador informal é aquele que cuida de outro de forma não remunerada. Presta cuidados não terapêuticos que representam cuidados que o recetor já não possui a capacidade de realização. Um cuidador informal é, na sua maioria, um familiar. De facto, na União Europeia 90% dos cuidadores são familiares (Sequeira, 2010).

Paralelamente, importa salientar que, do que é possível aferir, estima-se que 75% do cuidado assegurado aos doentes em situação de ambulatório é prestado por cuidadores informais encontrando-se estes em domicílio (Schulz R, Martire L. 2004). Nesta sequência, Lage (2005) afirma que “a função do cuidar ao longo do tempo tem estado vinculada essencialmente à família.” (Sequeira, 2010, pg 159).

O apoio prestado pelos diferentes cuidadores pode ser de dois tipos: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico; e apoio instrumental, que presume ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais e perda de autonomia física temporária ou permanente (Paúl, 1997).

Na decorrência do envolvimento intrínseco dos cuidadores informais e da exigência dos cuidados prestados, surgem consequências. Com efeito, os cuidados prestados a doentes com demência potenciam a fadiga e o enfraquecimento físico e emocional do cuidador. Este estado de debilidade, instalado frequentemente de forma progressiva e por um período contínuo de tempo, por vezes demasiado prolongado, pode levar a uma sobrecarga e esgotamento maior. Nestes contextos, o cuidador informal encontra-se perante uma situação desafiante uma vez que, sendo o suporte para a família, é também o pilar e o suporte da pessoa doente (Richardson et al., 2013).

Ser cuidador informal de um doente com doença prolongada representa, desta feita, viver um contexto de situação de crise geradora de vários constrangimentos e consequente stress, colocando em causa o equilíbrio funcional do agregado familiar e implicando o funcionamento pessoal, caso a situação seja nova para o cuidador (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008).

É do conhecimento que o ciclo vital das famílias já prevê espaço para mudança. No entanto, a mudança para um cuidador num contexto de saúde mental exige transições que provêm novos comportamentos e conhecimentos. Esta adaptação ao longo do percurso das famílias e do doente, de forma contínua, possibilita a adaptação dos elementos que alteram as suas relações de forma a perceberem o problema e o seu próprio desígnio (Meleis, 2000).

Não obstante, esta prevista adaptação nem sempre ocorre como estimado. O cuidar de uma pessoa com demência implica o contacto com situações que aumentam os níveis de sobrecarga mesmo quando comparado com doentes com apenas limitações físicas. Esta diferença prende-se com os episódios comportamentais associados à demência que obrigam a uma vigilância e estado de alerta redobrado (Schulz, 2004). Com o estado alerta constante e a necessidade de vigiarem o doente para seu próprio bem, os cuidadores atingem níveis de bem-estar reduzidos, o que os leva a situações depressivas influenciando a sua própria perceção e autocuidado/eficácia.

Comparativamente a cuidadores de outras patologias, nestes, a tendência para depressão e sobrecarga é superior (Pinquart, 2003). Santos (2003), citado por Sequeira refere que “(...) no contexto do idoso dependente com demência, os aspetos que provocam uma maior sobrecarga estão relacionados com a “necessidade de repetir as mesmas coisas”, “dar frequentemente as mesmas orientações”, “ser paciente”, “compreender as atitudes e comportamentos do idoso” e” lidar com as alterações a nível de comportamento a nível social” (Sequeira, 2010, pg.311).

2.4. Estatuto Do Cuidador Informal Na Atualidade

O estatuto do cuidador informal é uma temática bastante debatida na última década dada a sua necessidade de reconhecimento. Em fevereiro de 2019 o Governo aprovou novos apoios para os cuidadores informais.

Esta nova proposta de lei aprovada estabelece um conjunto de medidas de apoio ao cuidador informal e regula os seus direitos e os deveres enquanto cuidador e da pessoa

cuidada e que tem à sua responsabilidade. Esta nova lei visa garantir e assegurar o adequado cuidado dos dependentes assim como prevenir situações de risco de pobreza e de exclusão social. Encontra-se, assim, regulado e aprovado o estatuto de cuidador informal, o qual passa a ser alvo de uma breve referência. Neste sentido, é primeiramente assegurada e estabelecida a distinção entre os diferentes conceitos de cuidadores, passando a existir dois tipos de cuidadores, um informal principal e outro não principal. No entanto, apenas no primeiro caso, o cuidador que não exerce nenhuma atividade profissional poderá beneficiar de um subsídio que terá obrigatoriamente de requerer, tal como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Cuidador informal e pessoa cuidada

Cuidador Informal		Pessoa Cuidada
Principal	Não principal	
<ul style="list-style-type: none"> •Familiar até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada; •Acompanha e cuida desta de forma permanente; •Vive com ela em comunhão de habitação; •Não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. 	<ul style="list-style-type: none"> •Familiar até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada; •Acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente; •Pode auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada; •Pode ou não viver em comunhão de habitação. 	<ul style="list-style-type: none"> •Quem necessita de cuidados permanentes por se encontrar em situação de dependência e seja titular de uma das seguintes prestações sociais: (Complemento por dependência de 2.º grau; • Subsídio por assistência de terceira pessoa); •Pode ainda considerar-se pessoa cuidada, os beneficiários de complemento por dependência de 1.º grau, mediante avaliação específica das Juntas Médicas.

(Fonte: Medidas de apoio ao cuidador informal, 2019)

No que concerne às medidas de apoio ao cuidador informal principal importa destacar o seguinte:

- criação de um subsídio de apoio ao cuidador informal principal a atribuir mediante condição de recurso;
- o subsídio a atribuir ao cuidador principal depende do rendimento do agregado familiar não ser superior a uma percentagem, ainda não definida, do indexante dos apoios sociais (IAS);
- acesso ao regime de Seguro Social Voluntário através da introdução no Código Contributivo de uma taxa contributiva específica, de 21,4%, para proteção nas eventualidades de velhice, invalidez e morte;
- promoção de medidas que facilitem a integração no mercado de trabalho, findos os cuidados prestados à pessoa cuidada.

Para usufruírem das medidas estabelecidas devem identificar-se e solicitar o seu reconhecimento enquanto cuidador informal através de um requerimento apresentado nos Centros Distritais de Segurança Social (Medidas de apoio ao cuidador informal, 2019).

2.5. Modelo Concetual De Betty Neuman

Um bom acompanhamento dos cuidadores informais aquando das intervenções realizadas implica o estabelecimento de um enquadramento teórico suportado por pilares sólidos ancorados em modelos teóricos de práticas de enfermagem. Por outro lado, a adequação do modelo teórico à realidade a que será aplicado é essencial para o sucesso da intervenção.

O mundo dos cuidadores informais da pessoa idosa com demência é plurideterminado. Trata-se de alguém com individualidade própria, motivações, anseios, preocupações e contexto de vida. O cuidador surge como uma pessoa inserida num contexto de cuidados a prestar a outrem, mas que ela própria possui uma história, uma

dinâmica familiar e/ou profissional, uma situação de existência, devendo, por isso, ser olhada e encarada como um todo.

Neste contexto, um modelo teórico sobressai. Desenvolvido nos meados da década de setenta do século passado, o Modelo Betty Neuman foi inicialmente desenvolvido num contexto curricular para dar resposta às necessidades dos alunos de enfermagem em pós-graduação. Este apresenta como finalidade integrar nos problemas da enfermagem alunos em situação de transição para o meio profissional.

Este modelo foi publicado pela primeira vez em 1972 na revista “Nursing Research” como “A Model for Teaching Total Person Approach to Patient Problems”. Nos dez anos que se seguiram foi melhorado e publicado, em 1982, a título definitivo no livro “The Neuman Systems Model”. Em apenas sete anos houve uma nova publicação com variados exemplos que provavam a aplicação no terreno do mesmo às práticas de enfermagem e administração (Kéroac et al., 2002).

A autora deste modelo, Betty Neuman, foi pioneira da enfermagem na saúde mental. A premissa de que o ser humano, quando confrontado com um desequilíbrio, progride no sentido do equilíbrio foi, pela primeira vez, apresentada neste meio pela autora. O seu Modelo preconiza a procura no sentido de encontrar estratégias de adaptação em conjunto com o utente e com a família, de modo a encontrar um equilíbrio mais saudável em termos não só individuais, mas também no meio envolvente próximo, tendo em atenção as diferentes variáveis que podem conduzir a um efeito de maior ou menor vulnerabilidade, resistência e ou defesa (Neuman & Young, 1972). A ideia central assenta, assim, na noção de que todas as pessoas se encontram naturalmente num estado de equilíbrio dinâmico com o seu meio ambiente. Deste modo, mantêm-se estáveis e numa situação de bem-estar até ao momento em que um episódio de stress surge. Este atua como um criador de instabilidade neste ambiente e, como consequência, desequilibra o anterior estado de bem-estar da pessoa. Esta desarmonia ocorre sempre que as linhas de defesa do indivíduo são quebradas.

Neuman destacou-se como pioneira no envolvimento da Enfermagem na saúde mental, enquadrando-se o seu modelo teórico num posicionamento holístico. Considera que a interação entre o sistema cliente e o ambiente é definidora do domínio da

Enfermagem, onde se articulam e relacionam as cinco dimensões: fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual. Assim,

- a variável psicológica, referente a todos os processos mentais e relativos a relacionamentos;
- a variável fisiológica, referente à estrutura e às funções do organismo;
- a variável sociocultural, referente a todas as funções do sistema relativas às expectativas e às atividades sociais e culturais do indivíduo;
- a variável que aborda os processos relativos à evolução durante o ciclo de vida;
- a variável espiritual relativa à influência das crenças espirituais.

A autora apresenta a pessoa numa abordagem sistémica, abordando-a como uma composição de diferentes variáveis. A pessoa é vista como um sistema composto por uma estrutura básica, integrando diferentes círculos que atuam como protetores. Estes círculos funcionam como defesas de diferentes níveis que, em conjunto, atuam para manter, obter ou recuperar a estabilidade e integridade do sistema (Neuman & Young, 1972). Os fatores de stress que surgem são fenómenos passíveis de penetrar nestes ciclos de defesa e causar tensões. Podem, então, conduzir a resultados positivos ou negativos. Os fatores de stress provenientes destes estímulos externos ou mesmo internos, exercem influência positiva ou negativa sobre a tomada de decisão e consequentes comportamentos relacionados (Neuman & Young, 1972).

A autora definiu três tipos de potenciais stressores ambientais:

- os intrapessoais, referentes às emoções e sentimentos;
- os interpessoais, referentes à expectativa do papel do indivíduo;
- os extrapessoais, referentes aos problemas financeiros ou de trabalho.

Neuman considera o ambiente como o conjunto de todos os fatores internos e externos ou influências ambientais. Deste modo, o indivíduo pode, a qualquer momento, ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas (Neuman & Young, 1972).

A autora faz referência ainda ao conceito de Saúde como uma interação em harmonia entre o sistema e o cliente, tendo em vista o bem-estar. Uma manifestação de um nível de energia que mantenha a integridade deste sistema (Neuman, 1996).

Este modelo é, assim, uma clara mais-valia na abordagem ao utente e à sua envolvente, por toda a atenção que presta às complexidades que interferem na estabilidade deste e na sua rede. O modelo assenta na ideia da pessoa como um ser em constante interação com o meio envolvente, que encara as perceções desta face aos agentes com que interage e ao stress que estes induzem, provocando um desequilíbrio ou um crescimento. Há um ênfase na visão holística, o que permite uma adequação da linha interventiva ao contexto do utente, tendo em linha de conta o seu contexto, as suas fragilidades e potencialidades. A intervenção é assim delineada e colocada em prática com um enraizamento profundo na individualidade do utente, procurando restabelecer o seu equilíbrio com o meio onde se insere e na sua qualidade de cuidador.

2.6. Questões Éticas E Legais

As questões éticas são um conjunto de permissões e interdições que tomam um significado importante na vida das pessoas, orientando-as nas suas tomadas de decisão. Segundo Fortin (2000, pg.114), a ética “(...) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”.

“Todo o investigador está sob responsabilidade penal, civil e deontológica, no que concerne às leis e as regras internas que regem as associações profissionais. O investigador tem também obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade a comunidade científica e os participantes nos projetos de investigação”. (Fortin, 2000, p.116)

Nesta sequência, a Enfermagem enquanto profissão, bem como toda a sua ação concertada, surge regulada através do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), em articulação com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)

onde são elencados os princípios éticos e deontológicos a cumprir, incluindo-se orientações quanto à investigação.

No mesmo Código, salienta-se o princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (artigo 78º, nº 1); os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de “respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (artigo 78, nº 3, alínea b) e de “excelência do exercício” (alínea c); deveres de informação (artigo 84º) que indica “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (alínea b); os deveres de sigilo, “...manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (alínea e).

Outras questões que são essenciais prendem-se com o garante do anonimato e confidencialidade, o que irá sedimentar a relação entre o investigador e o sujeito da amostra, os deveres de “respeito pela intimidade” (artigo 86º), os deveres de salvaguardar os direitos das crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência (artigo 81º, dos valores humanos).

Os contextos em que a enfermagem se movimenta implicam, frequentemente, a abordagem de situações revestidas de grande fragilidade dos indivíduos quer ao nível físico, quer ao nível psicológico. Assim, a sua atenção e cuidado deve ser redobrados no sentido primário da proteção dos mais vulneráveis.

Face ao exposto, a atividade investigativa em Enfermagem aparece balizada por normativos éticos e deontológicos, espelhados em códigos e procedimentos legais que regem a conceção, planificação e implementação de qualquer projeto ou abordagem. Daqui decorre que a implementação de qualquer projeto de investigação nesta área pressupõe a existência de um consentimento prévio livre e esclarecido dos envolvidos (Apêndice B), o qual deve ser escrito e acompanhado de explicação clara. Desta forma, a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado pela representação da organização (Nunes, 2013). Desta feita, a implementação do projeto requereu autorização prévia por parte da Direção do DPSM da ULSBA, (Anexo VI), bem como o consentimento informado, (Apêndice B), dos elementos da amostra.

Importa, ainda referir que as intervenções durante as investigações podem ter uma componente invasiva do ponto de vista dos indivíduos, interferindo nos seus direitos essenciais. Torna-se primordial acionar mecanismos adequados, protegendo e preservando esses direitos (Fortin, 2000).

2.7. Intervenções Psicoeducativas Para Cuidadores

Como foi referido ao longo do presente trabalho, o cuidado informal prestado a um doente implica uma dedicação constante, conduzindo a um nível de exigência e consequente desgaste elevados. Esta situação afeta sobretudo o elemento da família mais próximo e restantes familiares nucleares agravados quando estes não possuem suporte psicossocial especializado (World Federation For Mental Health - WFMH, 2010).

As intervenções psicoeducativas ao nível familiar consistem no ensinamento in/formativo relativo, numa primeira abordagem, à problemática em causa do dependente e no desenvolvimento e trabalho conjunto de estratégias de coping adequadas para responder às dificuldades intrínsecas a todo o processo (Lefley, 2009).

No âmbito da saúde mental, as questões que se colocam são complexas, integrando discussões internacionais. Assim, destacam-se a preocupação de impacto, mantendo-se em constante renovação e alvo de maturação constante com vista à sua melhoria através de diálogo, formação, implementação de diversas iniciativas e estratégias promotoras da saúde mental, bem como, potenciando contributos para a melhoria da qualidade de vida dos doentes quer dos cuidadores (WHO, 2012).

O mesmo acontece em Portugal, onde através de proposta do Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos serviços de Saúde Mental em Portugal, desenvolvido pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM, 2007) e PNSM (Resolução de Conselho de Ministros nº49/2008), se tornou possível desenvolver novas diretrizes de intervenção com a mudança de paradigma. Este passa a definir-se pela importância que confere ao cuidar da

comunidade no sentido da desinstitucionalização, redução dos episódios e tempo de internamentos, a redução do número de camas nos serviços de psiquiatria, a descentralização dos serviços de saúde mental integrando-os no sistema geral de saúde, o apostar nos cuidados de proximidade e uma maior participação da pessoa doente, família, organizações não-governamentais e comunidade. Em acréscimo, a adoção e o investimento em novos conceitos com vista à melhoria, onde se destacam “recovery” e “empowerment”, contribuem para potenciar a reabilitação psicossocial.

Ao longo dos últimos dez anos foram desenhadas diversas orientações quanto à intervenção junto dos cuidadores informais com o objetivo de melhorar o conhecimento e compreensão da doença. Contribui-se, dessa forma, para melhorar os seus procedimentos, conduzindo, assim, a um adequado cuidado aos indivíduos que permanecem sob a sua alçada cuidadora. As intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros visam facilitar o processo, capacitando e dotando os cuidadores informais de conhecimento e estrutura, contribuindo para minimizar os constrangimentos e facilitar a adaptação da família, tanto perante a doença, como relativamente à sua resiliência e autocuidado (Cassidy & Sheikh, 2002; Debring, McCarty & Lombardo, 2002).

No sentido de aumentar a autonomia e competência dos cuidadores na forma como lidam com a doença e as suas vicissitudes, aumentando a sua competência e desenvolvimento de estratégias, os enfermeiros, no uso das intervenções psicoeducativas, assumem um papel de relevo (Dupuis et al., 2004; Sörensen, Pinquart & Duberstein, 2002; Sörensen, Duberstein, Gill, & Pinquart, 2006). A intervenção psicoeducativa possui ainda um contributo positivo no que concerne à redução do stress e burnout dos cuidadores informais, podendo, nos seus programas, assegurar uma componente de apoio direcionado às necessidades psicológicas e emocionais identificadas.

Considera-se, assim, que a intervenção junto das famílias, mais concretamente dos cuidadores informais, inclui diferentes estratégias de apoio a diferentes níveis, destacando-se o psicoeducativo, social, a estimulação cognitiva e informativa. Apresentam-se como contributos eficazes para o processo funcional da família perante os desafios a que é colocada (Dupuis et al., 2004; Schulz, Martire & Klinger, 2005;

Söerensen et al., 2002). Esta intervenção, embora possibilite ao cuidador o desenvolvimento do seu sentido de competência para lidar com a doença, carece ainda de uma maior abrangência, apresentando algumas limitações na forma como é desenvolvida.

Brito (2011), citando o World Schizophrenia Fellowship (1999), afirma que as intervenções psicoeducativas têm como objetivo obter bons resultados no que respeita à recuperação do doente, no auxílio aos seus familiares, reduzindo dificuldades, num processo de colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes.

É ainda possível reforçar, segundo autores como Dixon e Lehman (1995), que as intervenções psicoeducativas junto das famílias indicam redução de recaídas e do número de internamentos, assim como contribuem para a melhoria do funcionamento psicossocial do próprio doente e, conseqüentemente, do cuidador informal. Várias investigações indicam que as intervenções psicoeducativas se apresentam como positivas, na medida em que proporcionam o acesso a estratégias de coping adaptativas aos cuidadores informais, auxiliam na monitorização dos sintomas e supervisão da medicação, promovem a diminuição dos níveis de sobrecarga familiar, potenciam o aumento dos conhecimentos dos familiares sobre a temática, colaboram na melhoria do funcionamento psicossocial do doente, bem como do bem-estar da própria família, reforçando a capacidade de os familiares cuidarem do seu doente.

A ação psicoeducativa fomenta e reforça, de forma interligada, a partilha e receção de informação e conhecimentos. Assim, auxilia os cuidadores, preparando-os para um melhor cuidar, ajudando-os, muitas vezes, a ultrapassar situações de maior debilidade e fragilidade psíquica. Com as estratégias aprendidas, contribuem de forma indireta no processo de tratamento e recuperação do doente, bem como no seu funcionamento psicossocial.

No que concerne à abordagem psicoeducativa é possível ressaltar que programas de psicoeducação, segundo Aycher & Krause, (1991) identificado por Afonso (2010), podem decorrer de forma modular em diferentes sessões em que se podem identificar e desenvolver as temáticas prioritárias, como acerca do tipo de doença, predomínio,

desenvolvimento, medicação, fatores de stresse, recursos comunitários, rede familiar, identificar recaídas, etc.

Nos estudos baseados na evidência realizados por Brown (1972), foi possível aferir que o nível elevado de emoções expressas dos cuidadores era um sinal de recaídas dos doentes, existindo uma relação entre eles, assim refere que o nível de emoção mais elevada e expressa do cuidador é substancial à situação de uma agravamento do estado de saúde do doente (Yacubian & Neto, 2001; Gonçalves-Pereira, Xavier & Fadden, 2007; Afonso, 2010).

Relativamente às intervenções em grupos de cuidadores informais, estas caracterizam-se por poderem desenvolver-se em diferentes formatos, assim como aplicadas de acordo com a abordagem e objetivo pretendido. São desenvolvidas para grupos de cuidadores informais na ausência do doente, visando primeiramente a necessidade dos cuidadores e a diminuição dos níveis de sobrecarga. Incidem sobretudo em sessões educativas na vertente informativa sobre a patologia clínica, tratamento farmacológico, prognóstico, legislação sobre saúde mental. Ainda abarcam estratégias de superação e resolução de conflitos, treino comunicacional, reforço de atitudes positivas.

Gonçalves-Pereira et al., (2007), refere que as intervenções nos grupos de cuidadores informais revelam que há uma menor eficácia nas intervenções que apenas se limitam a dar informação, há melhores resultados quando conjuntamente com treino prático de lidar com situações geradores de stress e desestabilizadoras do normal funcionamento do dia-a-dia.

Como mencionado, as intervenções apresentam resultados mais significativos no caso de cuidadores que apresentam emoções expressas elevadas e consequentemente em doentes com pior prognóstico. Nestes casos as intervenções dos cuidadores informais seguem determinados princípios, assume-se complemento da terapêutica farmacológica e não como única no processo terapêutico; existe uma forte aliança com o cuidador e o doente para que este permaneça durante um grande período no decurso da intervenção; educar os cuidadores face à doença; durabilidade suficiente de acordo com a promoção

de competências nos cuidadores e doentes ou quando cuidados continuados face à prevenção de recaídas (Gonçalves-Pereira et al., 2007).

Os estudos baseados na evidência demonstram, segundo Rummel-Kluge & Kissling (2008) que os resultados obtidos da intervenção psicoeducativa breve no grupo em que participe o cuidador e o utente, poderá ter, a longo prazo, efeitos positivos quanto à diminuição do número de ocorrências de recaídas.

Face aos benefícios inerentes à psicoeducação esta apresenta-se como a intervenção mais adequada quanto à gestão de sobrecarga dos cuidadores informais.

3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O presente trabalho realizou-se no DPSM da ULSBA em contexto de consulta de Gerontopsiquiatria. O DPSM da ULSBA inclui o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA), a Unidade de Internamento em Psiquiatria (UIP) e o Ambulatório.

O DPSM inaugurou-se em 2015 e divide-se em três pisos, (-2, -1, 0). No piso -2 encontra-se a receção, a copa, os vestiários, os sanitários e os gabinetes de consulta de SPIA. No piso -1, onde funciona o serviço de Ambulatório, é possível encontrar gabinetes de consulta para os diferentes membros da equipa, num dos gabinetes funciona a consulta de Gerontopsiquiatria onde realizei o meu estágio, também uma sala de trabalho de Enfermagem, uma sala para o Hospital de Dia, uma sala de Psicomotricidade, uma sala de formação e os sanitários. Por último, no piso 0 encontra-se a UIP, com capacidade para doze camas de internamento, uma sala de trabalho de Enfermagem, três gabinetes, uma sala ocupacional, uma sala de refeições, dois pequenos armazéns de material, uma sala de sujos e os sanitários.

O serviço de Ambulatório tem a seu cargo treze concelhos, funcionando em três equipas que atuam distribuídas por zonas geográficas: a equipa 1: Almodôvar, Beja, Castro Verde, Mértola; A equipa 2: Barrancos, Moura, Serpa, Vidigueira; e a equipa 3: Alvito, Aljustrel, Cuba, Ferreira do Alentejo. Cada uma destas equipas é formada por um enfermeiro, dois psiquiatras, dois psicólogos e um assistente social. A consulta de Gerontopsiquiatria engloba todos os concelhos. Esta consulta recebe utentes, provenientes da urgência ou referenciados pelo médico de família, com idades superiores aos 65 anos, acompanhados, geralmente, de um cuidador, onde a principal patologia encontrada é a demência. Aqui realiza-se a entrevista, o exame geral ao utente, são aplicadas escalas de acordo com as necessidades de cada utente, planeiam-se as intervenções de enfermagem mais adequadas e o acompanhamento em ambulatório, trabalhando sempre em equipa multidisciplinar.

Importa ressaltar que 75% dos enfermeiros no DPSM da ULSBA são EESMP, contribuindo para a melhoria contínua de cuidados.

A prática associada ao estágio foi enriquecida com a participação nas atividades do Hospital de Dia, desenvolvendo competências como: estimulação cognitiva individual, estimulação cognitiva em grupo, treino de atividades de vida diária, empatia, confiança, socialização, de forma a promover a reintegração dos doentes na sua comunidade, promover a gestão financeira, adesão ao tratamento. Para além disso, participei em congressos e formações com a enfermeira orientadora, elaborei um artigo científico (Apêndice C) para perceber o estado de arte nos últimos dez anos acerca da ansiedade e sobrecarga dos cuidadores informais. Foi, ainda, utilizada metodologia científica, aplicados vários instrumentos, para identificar as problemáticas relacionadas com a sobrecarga dos cuidadores informais para perceber como estão atualmente os cuidadores informais, realizados estudos de caso e realizadas consultas de enfermagem de Gerontopsiquiatria em contexto domiciliário.

4. METODOLOGIA

Para Fortin (2000) “as questões de investigação que concernem à exploração de relações podem comportar um certo número de subquestões” (Fortin, 2000, p.164)

A investigação científica caracteriza-se como um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real.

No presente capítulo são abordadas questões metodológicas que orientam a investigação, tornando desta forma possível o desenvolvimento e análise da pesquisa e do resultado obtido através dos dados recolhidos com vista à sua confirmação ou infirmação.

4.1. Diagnóstico De Situação

Sendo a demência uma patologia do foro mental e psiquiátrico que assume um acentuado impacto na vida do doente e do seu cuidador, encerra uma problemática de relevo no domínio investigativo. De facto, esta patologia assume um efeito limitante e condicionador na vida do doente, mas também na vida do seu cuidador informal, traduzindo-se, na larga maioria dos casos, numa sobrecarga e conduzindo a um estado de ansiedade neste último. É neste contexto que o estudo que relaciona a sobrecarga e a ansiedade dos cuidadores informais de idosos com demência ganha sentido e relevância, assumindo-se, como tal, na problemática de investigação do trabalho exploratório que agora se apresenta.

4.2. Definição Dos Objetivos

O objeto de estudo do trabalho que aqui se apresenta constituiu-se como o grupo de cuidadores informais de doentes idosos diagnosticados com demência, que se deslocam à consulta de Gerontopsiquiatria do DPSM da ULSBA. O trabalho de carácter investigativo levado a cabo com este grupo de cuidadores informais teve como objetivo relacionar a sobrecarga e a ansiedade registadas nos cuidadores informais dos idosos com demência e identificar as dificuldades e necessidades desses mesmos cuidadores informais para planear medidas para dar resposta a essas necessidades e dificuldades através da reativação do grupo de cuidadores informais de doentes com demência previamente existente neste serviço através de sessões de literacia para a saúde, dinâmicas de grupo, sessões de relaxamento, sempre de acordo com as carências encontradas nos cuidadores informais.

4.3. Fase De Planeamento

O trabalho investigativo que aqui se apresenta assume o cariz de um estudo exploratório, o qual ganha fundamento atendendo ao facto de que, segundo alguns autores, procede “ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada” (Selhiz [et al.] citado por Carmo & Ferreira, 1998, p.47). Trata-se ainda de um estudo que se classifica como descritivo, que intenta pela obtenção de “mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação” (Fortin, 2000, pg 17).

O presente estudo exploratório, tal como referido, teve lugar em contexto de Consulta de Gerontopsiquiatria, do serviço de Psiquiatria do DPSM da ULSBA.

Numa primeira instância, procedeu-se à seleção da amostra em estudo. De seguida, em Janeiro de 2019, foram aplicados instrumentos de colheita de dados, como sejam um Questionário Sociodemográfico e instrumentos de aplicação da Escala de Hamilton e

Escala de Zarit, questionários já utilizados neste serviço por decisão da equipa multidisciplinar.

Uma vez recolhidos os dados, procedeu-se à aplicação de instrumentos de análise de dados, tendo, para tal, recorrido ao programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 23 para o sistema operativo Windows. Com base nestes instrumentos, os dados recolhidos foram alvo de análise e avaliação, possibilitando o estabelecimento de possíveis conclusões e de intervenções de enfermagem.

A tabela 2 resume o cronograma resultante do planeamento das estratégias e ações desenvolvidas.

Tabela 2 - Cronograma de Atividades

Mês/ Ano	Setembro de 2018	Outubro de 2018	Novembro de 2018	Dezembro de 2018	Janeiro de 2019
	Diagnóstico das necessidades	Elaboração e divulgação do projeto		Implementação do projeto	Avaliação do projeto

(Fonte: do autor)

4.4. Fase De Execução

Nas consultas de Gerontopsiquiatria para além da entrevista, é realizado um exame do estado geral do utente e aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), (Anexo III), elaborado por Folstein, (1975), que se caracteriza por ser de fácil aplicabilidade e de boa credibilidade. Este possui seis categorias que avaliam a orientação temporal e espacial, a memória imediata, a atenção e cálculo, a evocação das palavras, a linguagem, e a construção visual (Brucki, 2003). Este tem uma escala de pontuação para cada item de 10, 3, 5, 3, 8 e 1, respetivamente. Apresenta a possibilidade de uma pontuação máxima de 30 pontos, e indica défice cognitivo quando o resultado são pontuações abaixo de 23 nos alfabetizados, e abaixo de 19 nos analfabetos (Almeida, 1988).

Em acréscimo à avaliação anteriormente descrita, no domínio do presente estudo, procedeu-se em contexto de consulta ao convite dos cuidadores informais dos doentes com demência a participarem no “grupo de cuidadores informais” (Apêndice D). Nesta sequência procedeu-se à constituição de um grupo com cerca de quinze cuidadores informais, reativando assim uma prática anterior que estava temporariamente inativa. Foi explicado a cada um dos intervenientes que a finalidade do grupo seria ajudá-los a lidar com a pessoa de quem cuidam e a cuidarem da sua própria saúde.

Foi no seio deste grupo que foi formalizado o convite de participação no estudo que agora se apresenta, sendo que apenas dez aceitaram participar, justificando a não adesão com o receio de assinarem o consentimento informado ou pelo analfabetismo. Apesar da baixa adesão ao estudo, resolvi prosseguir com o estudo estatístico e análise de resultados, para melhor caracterizar a amostra e desenvolver competências a nível de investigação. De destacar que aquando do convite de integração na via investigativa foi dado a conhecer a cada cuidador que o seu objetivo seria relacionar a sobrecarga e a ansiedade dos cuidadores informais dos idosos com demência. Foi igualmente deixado claro que participar no estudo não implicaria participar nas sessões do grupo de cuidadores informais, nem vice-versa.

Foi nesta sequência que, através da consulta de Gerontopsiquiatria, do serviço de Psiquiatria do DPSM da ULSBA, do contacto gerado com o indivíduo e relembrando a abordagem teórica do Modelo Teórico de Betty Neuman descrito anteriormente, se procedeu à recolha de dados durante a consulta realizada aos cuidadores informais dos doentes com demência. Estes dados foram angariados através de questionários de caracterização sociodemográfica criados por mim, para além de instrumentos que já foram testados e adaptados à população Portuguesa, tais como a escala de Ansiedade de Hamilton (1959) e a escala de Burden Interview Scale (Zarit).

Em acréscimo, com o grupo de cuidadores informais foi desenvolvido um trabalho vocacionado para aquisição e consolidação de competências de ordem vária. Deste modo, foram trabalhadas sessões de literacia para a saúde, (Apêndice E), relaxamento de Jacobson, (Anexo II) e relaxamento de Schultz (Anexo I), de acordo com as suas necessidades.

Nem todos os cuidadores informais participaram em todas as atividades do “grupo de cuidadores informais” na mesma data, daí a necessidade de repetir cada sessão duas vezes.

No que respeita ao trabalho investigativo propriamente dito, conforme mencionado anteriormente, o método utilizado remete a uma análise quantitativa e qualitativa dos dados recolhidos através de três questionários apresentados aos cuidadores informais destes. Para proceder a uma recolha de dados eficaz, foram apresentados aos cuidadores três questionários, já utilizados pelo serviço, um deles com o objetivo de recolher informação sociodemográfica (Apêndice A), um centrado no nível de sobrecarga destes através da aplicação da Escala de Zarit (Anexo IV) e outro com o objetivo de melhor entender o nível de ansiedade destes através da aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton (Anexo V). Foram submetidos ao modelo de análise os dados resultantes do inquérito através do software IBM SPSS® versão 23. Procedeu-se igualmente a uma análise qualitativa das variáveis e respostas às duas diferentes escalas aplicadas aos cuidadores e a sua relação com os dados sociodemográficos no sentido de testar as hipóteses propostas.

No que concerne à amostra de cuidadores, esta é constituída por dez inquiridos, com mais de 18 anos, que pertencem ao grupo de cuidadores informais de doentes acompanhados na consulta de Gerontopsiquiatria com patologia de “Demência”, com mais de 65 anos, a serem seguidos no local de estágio anteriormente identificado. Esta amostra resultou de uma abordagem a todos os cuidadores informais de doentes com demência que passaram pela consulta de Gerontopsiquiatria do DPSM da ULSBA (conforme anteriormente mencionado). No entanto, alguns apresentaram alguma resistência inicial à integração no projeto proposto, invocando o receio, a desconfiança, a insuficiência económica, entre outros, como motivos subjacentes à rejeição. Os mesmos, após abordagem clara ao teor e objetivos do estudo, procederam à assinatura de um consentimento informado (apêndice B, do qual constavam as referências necessárias à natureza, à finalidade da investigação e métodos utilizados.

De realçar que, na abordagem com vista à seleção da amostra, foi sempre esclarecido que o facto de não aderirem ao estudo não teria qualquer tipo de consequência ou represália para si ou para a pessoa dependente (Fortin, 2000).

Assim, a amostra final constituiu-se por dez cuidadores informais de pessoas com demência seguidas na consulta de Gerontopsiquiatria, do serviço de Psiquiatria do DPSM da ULSBA que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de Inclusão:

- Cuidadores informais de pessoas com demência seguidas na consulta de gerontopsiquiatria do serviço de psiquiatria;
- Cuidadores informais com mais de 18 anos de idade;
- Cuidadores informais que aceitaram participar no estudo de forma voluntária após assinarem o consentimento informado (Apêndice B), e que completaram os questionários de avaliação (Anexos IV e V e Apêndice A).

- Critérios de Exclusão:

- Cuidadores informais de pessoas com demência não seguidas na consulta de gerontopsiquiatria do serviço de psiquiatria;
- Cuidadores informais com dependentes a seu cuidado com menos de 65 anos;
- Cuidadores informais com menos de 18 anos de idade;
- Cuidadores informais que recusaram participar no estudo de forma voluntária ou não assinaram o consentimento informado, (Apêndice B), não completaram os questionários de avaliação (Anexos IV e V e Apêndice A).

4.5. Fase De Avaliação

Conforme enunciado no ponto anterior, os dados recolhidos foram angariados através de questionários de caracterização sociodemográfica criados por mim, para além de instrumentos que já foram testados e adaptados à população Portuguesa, tais como a escala de Ansiedade de Hamilton (1959) e a escala de Burden Interview Scale (Zarit) e utilizados pelo serviço.

- Escala de ansiedade de Hamilton

A Escala de Ansiedade de Hamilton (1959) envolve a aplicação de um teste que apresenta 14 itens distribuídos em dois grupos. O primeiro grupo apresenta 7 itens relacionados com sintomas de humor ansioso enquanto no segundo grupo, os restantes 7 itens, estão relacionados com sintomas físicos de ansiedade. As contagens dos resultados obtêm-se pela soma dos valores atribuídos no total dos 14 itens da escala, não podendo o resultado final variar entre os 0 a 56 pontos.

Este teste é apresentado como instrumento de estudo aprofundado do indivíduo ou do grupo, possibilitando aferir informações relevantes para uma determinada avaliação ou conclusão para tomada de decisões (Creswell, 1998 e Lüdke, 1986, citados por Galdeano et al., 2003).

Relativamente à escala de Ansiedade de Hamilton, constituiu-se uma escala para melhor separar diferentes níveis de ansiedade sentida por parte das inquiridas:

- < 17 gravidade leve;
 - 18 - 24 gravidade moderada;
 - 25 - 30 gravidade severa e superior;
 - > 30 ansiedade incapacitante (MH4OT, 2012).
-
- Escala de sobrecarga de Zarit

A versão portuguesa da Escala de Zarit deriva da adaptação da escala da Burden Interview Scale. Esta última, escala original é constituída por 29 questões, tendo sido adaptada e reduzida para 22. A sua utilidade prende-se com o facto de se constituir como um instrumento de medida para avaliar a sobrecarga dos cuidadores. Possibilita a análise da sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, através da inclusão de itens informativos acerca de áreas individuais como saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situações emocionais e tipo de relacionamento. Os resultados são obtidos tendo por base pontuações finais com valores que variam entre 0 e 88, devendo ser interpretados de acordo com a distribuição seguinte:

- < 21 pouca ou nenhuma sobrecarga;
- 21 - 40 sobrecarga suave a moderada;

- 41 - 60 sobrecarga moderada a severa;
- > 61 sobrecarga severa.

Uma vez aplicados os testes e obtidos os dados, no seu tratamento e avaliação recorreu-se a uma análise quantitativa que se caracteriza pela “manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever fenómenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles” e a análise qualitativa definida como “a organização e a interpretação de dados narrativos, não-numéricos, com o propósito de descobrir dimensões e padrões importantes de relações” (Polit & Hungles, 1995). A utilização de ambos os métodos de análise confere ao estudo uma maior flexibilidade, considerando que “um investigador (...) não tem de aderir rigidamente a um dos dois paradigmas, podendo mesmo escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles” como indica o autor Reichardt & Cook (Carmo & Ferreira, 1998, p.176).

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

"períodos em que os métodos conhecidos e dignos de confiança não mais parecem justificar a fé que neles depositava, em que os pesquisadores perdem a confiança em seus achados e em que princípios óbvios e “garantidos” não mais parecem tão indiscutíveis” (Hughes, 1980, p. 11).

5.1. Análise Sociodemográfica

Como já mencionado anteriormente nos instrumentos de análise dos dados provenientes da amostra, os dados foram submetidos a tratamento manual e informático, com recurso a estatística descritiva através do software SPSS versão 23.

Caracterizando o nível sociodemográfico, todos os cuidadores eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos. Estes dados estão em consonância com vários autores, os quais referem que os cuidados informais são essencialmente prestados por mulheres, Por outro lado, estudos apontam para que a maioria dos cuidadores estejam na faixa etária acima dos 50 anos de idade (Pereira, 2011). Relativamente ao grau de parentesco para com os doentes todas as inquiridas são esposas. O nível de habilitações literárias das inquiridas é 4º ano de escolaridade o que vai ao encontro de outros estudos realizados (Mendonça, 2000). Todas as inquiridas estão, de momento, desempregadas.

Não existem hábitos tóxicos a considerar. Relativamente a antecedentes pessoais e familiares há que mencionar a hipertensão arterial e hipercolesterolemia.

5.2. Análise Estatística Relativa À Escala De Zarit

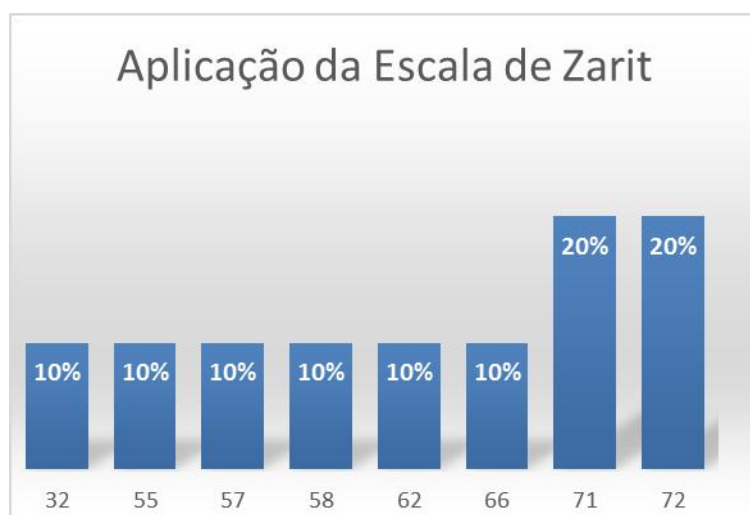
A Escala de Zarit foi aplicada ao grupo em análise, constando os resultados obtidos nas tabelas 3 e 4 e no gráfico 1.

Tabela 3 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo

Valor	Frequência	%	% cumulativa
32	1	10	10
55	1	10	20
57	1	10	30
58	1	10	40
62	1	10	50
66	1	10	60
71	2	20	80
72	2	20	100
Total	10	100	

(Fonte: do autor)

Gráfico 1 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo



(Fonte: do autor)

Da análise dos resultados sobressai que os valores obtidos oscilam entre os 32 e os 72 pontos, havendo uma maior frequência nos valores 71 e 72.

Face aos resultados obtidos, procedeu-se ao cálculo de parâmetros estatísticos que permitem uma análise dos dados com maior rigor e contextualização.

Tabela 4 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo

N Válido	10
Média	61,6
Mediana	64
Desvio Padrão	12,3216
Mínimo	32
Máximo	72

(Fonte: do autor)

A aplicação da Escala de Zarit às dez inquiridas resultou numa pontuação média de 61,6, com um desvio padrão de 12,3216. O valor médio obtido remete para o último escalão, revelando uma sobrecarga severa (ainda que num nível relativamente baixo no domínio deste patamar). O elevado valor de desvio padrão orienta, contudo, para um grande afastamento dos resultados face à média, remetendo para uma grande diversidade de valores obtidos. Tal facto está alinhado com a grande amplitude de resultados obtidos.

Para uma avaliação abrangente dos resultados obtidos, há que analisar o valor referente à mediana. Este parâmetro apresenta-se com um valor de 64, indiciando que 50% dos inquiridos apresenta um valor de sobrecarga de 64 pontos, remetendo, uma vez mais, para uma sobrecarga severa. Embora a amostra não seja representativa da população, este valor de mediana revela uma grande assimetria negativa, o que é alarmante quando falamos de sobrecarga emocional e física.

5.3. Análise Estatística Relativa À Escala De Hamilton

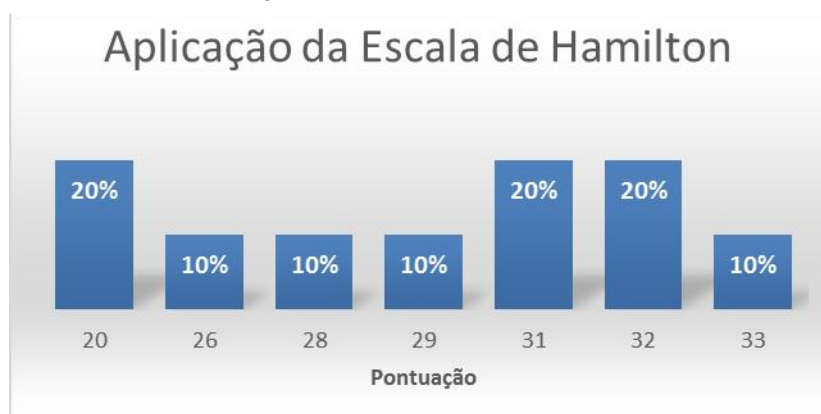
A Escala de Hamilton foi aplicada ao grupo em análise, constando os resultados obtidos das tabelas 5 e 6 e no gráfico 2.

Tabela 5 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo

Valor	Frequência	%	%Cumulativa
20	2	20	20
26	1	10	30
28	1	10	40
29	1	10	50
31	2	20	70
32	2	20	90
33	1	10	100
Total	10	100	

(Fonte: do autor)

Gráfico 2 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo



(Fonte: do autor)

Da análise dos resultados sobressai que os valores obtidos oscilam entre os 20 e os 33 pontos, havendo uma maior frequência nos valores 20, 31 e 32.

Face aos resultados obtidos, procedeu-se ao cálculo de parâmetros estatísticos que permitem uma análise dos dados com maior rigor e contextualização.

Tabela 6 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escla de Hamiltons ao grupo em estudo

N Válido	10
Média	28,2
Mediana	30
Desvio Padrão	4,8028
Mínimo	20
Máximo	33

(Fonte: do autor)

As dez inquiridas apresentaram um valor médio de ansiedade de 28,2, o que embora não se situe no último e mais grave nível dos escalões, indicia gravidade severa e superior. O valor de desvio padrão denota uma maior concentração dos resultados em relação à média. No que se refere ao valor da mediana, esta aproxima-se da média, indiciando que 50% das inquiridas apresenta níveis de ansiedade severa e superior.

Conciliando os dados referentes a ambas as Escalas aplicadas, é possível afirmar que os níveis de sobrecarga e de ansiedade parecem assumir uma relação, situando-se as médias referentes a estes parâmetros em níveis elevados.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A importância da integração da família nos cuidados ao doente é reconhecida pelos enfermeiros para a eficácia da intervenção. Esta congregação de esforços permite que o cuidado tenha um carácter contínuo, sistémico, sistemático e integral, contrariando a ideia de uma intervenção fragmentada e instrumentalista.

Para que o cuidado prestado num plano informal seja eficiente, compete ao enfermeiro intervir tecnicamente, assumindo a sua função de conhecer os familiares e a dinâmica familiar, avaliar necessidades, treinar os familiares e potenciar as suas competências com vista a um cuidado direto e a uma recuperação da autonomia da pessoa doente ou superação e resiliência face aos constrangimentos. Esta função é inevitavelmente assumida pelo profissional de enfermagem, o qual implementa a sua intervenção com o desenvolvimento de programas centrados na capacitação dos cuidadores informais de acordo com as necessidades previamente avaliadas e fruto das vivências, experiências e desafios colocados ao longo da evolução e da transição da doença.

Como parte integrante da área da saúde e considerando-se como um elemento integrador no domínio da saúde mental em particular, o enfermeiro especialista nesta área desempenha um papel de relevo no que concerne à deteção e sinalização de alterações que conduzam a situações de crise. Intervindo preventivamente de forma a corrigir situações de sobrecarga individual dos cuidadores, através da indicação antecipada de satisfação de necessidades, encaminhamento para apoio, prevenindo ocorrências limite que possam levar a descompensação, a função do profissional de enfermagem é preponderante. Por vezes, o cuidador pode ser esquecido sem o olhar atento do enfermeiro. Sentimentos, dúvidas, desabafos, medos são por vezes

incompreendidos aos olhos da sociedade geral, o que contribui também para reforçar o seu sentimento de sobrecarga. É, desta forma, a promoção da saúde mental, um assunto de prioridade no sistema de saúde, sendo basilar para a manutenção do equilíbrio social e podendo ser implementada em múltiplos contextos com implicação na comunidade (Amaral, 2010).

O enfermeiro apresenta-se como um pilar para o dependente e para o cuidador, os quais, juntos, vão passando e superando o processo de transição, na sua maioria, sem retorno, conferindo-lhes segurança e reforço para superarem momentos de crise.

Ao longo da sua prática profissional, o enfermeiro desenvolve o seu quotidiano, aplicando um processo de raciocínio clínico composto por quatro fases: Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação. As intervenções terapêuticas, para Lopes (2006, pg.93), “são o conjunto de intervenções específicas de enfermagem e com potencialidades terapêuticas demonstradas” onde a enfermagem potencia os “processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar”.

As competências específicas do enfermeiro especialista no domínio da saúde mental e psiquiátrica remetem para uma prática que emerge de dentro para fora. Trata-se de um acervo de conhecimentos, atitudes e condutas que se suportam em knowhow científico, mas, em simultâneo, acomodado numa matriz de conhecimento do mundo e de si próprio. Esta é a base para que a intervenção junto do outro, das pessoas alvo da sua intervenção terapêutica, seja orientada no sentido de assistir o indivíduo na otimização da sua saúde mental, ajudar a pessoa na recuperação e prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. Deste modo,

“as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica permitem-lhe desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta do enfermeiro de cuidados gerais. A formação e preparação em enfermagem de saúde mental permitem-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer

um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção...” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, pg. 3)

A abrangência de ação do enfermeiro que trabalha na área da saúde mental obriga à obtenção de uma visão alargada e integrada do doente, implicando um atendimento constante e recorrente ao seu contexto de vida e à sua realidade familiar, à interpretação de padrões e de diferentes linguagens. Como tal,

“a enfermagem de saúde mental é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, pg 2)

Só a integração de um conjunto de conhecimentos alargados permitirá abrir portas a uma prática plena e assertiva, conducente ao sucesso clínico que decorre da consecução dos objetivos terapêuticos delineados. Não é possível proceder a uma avaliação clínica completa sem que se proceda a uma aferição global dos contextos e condicionantes de cada doente, encarando cada indivíduo como um ser plurideterminado, cuja abordagem clínica obriga à aplicação de conhecimentos de foro generalista conjugados com a capacidade de adequação de resposta ao cenário em presença. Estes conhecimentos de foro generalista incluem-se num conjunto de competências comuns, as quais se apresentam passíveis de partilha

“por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”(Regulamento n. °122/2011, p.8649).

Assim, consideram-se como competências comuns do enfermeiro especialista:

- responsabilidade profissional, ética e legal;
- melhoria contínua da qualidade;
- gestão dos cuidados;
- desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito às competências específicas da referida área de intervenção, identificam-se aquelas

“que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às 28 necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento n.º 122/2011, p.8649).

Agregadas às competências comuns, elencam-se as quatro competências clínicas específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, como sejam:

- 1- “Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- 2- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 3- Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- 4- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (Regulamento n.º 129/2011, p. 8670).

No decurso do meu percurso académico enquanto mestranda, várias foram as atividades e intervenções que levei a cabo no sentido de desenvolver e consolidar as

competências específicas atrás elencadas. Com efeito, no âmbito da competência assinalada com o número 1, realizei semanalmente análises reflexivas com a enfermeira orientadora, acerca do decorrer do estágio, da consciência de mim e do meu auto-conhecimento, também realizei uma pesquisa bibliográfica ampla e alargada, sistematizada e contínua, permeável às solicitações que se iam afigurando no decurso da minha formação. Esta pesquisa bibliográfica associada a uma revisão de literatura, conferiu sustentabilidade à redação de um artigo científico (Anexo III) que se afigurou como uma base sólida para o trabalho que aqui se apresenta. Por outro lado, todas estas leituras encontraram a sua maior relevância na relação concreta com a realidade que fui encontrando na minha prática quotidiana de contacto com a saúde mental no seu carácter mais amplo e no domínio da demência/ cuidador informal, no seu sentido mais restrito. Procurei, assim, estabelecer uma relação constante entre o saber-ser, o saber-saber, o saber-fazer e o saber-estar. O saber académico e os imperativos da realidade concreta com que me fui deparando, recorrendo, para tal, a estudos de caso, bem como a uma prática reflexiva e colaborativa. De facto, os estudos de caso abriram portas para o conhecimento concreto das envolvências e contextos dos doentes, conferindo maior rigor à intervenção delineada. Em acréscimo, o trabalho colaborativo revelou-se muito frutífero, permitindo-me fortalecer práticas eficazes e reequacionar aquelas que ainda mereciam reestruturação. Toda esta envolvência contribuiu e continua a contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional, assumindo um compromisso sério e permanente com os utentes alvo do meu trabalho. São, sem dúvida estes que fundamentam todas as intervenções, conferindo-lhes sentido e utilidade. Em última análise, sem pessoas não há enfermagem, pelo que é em prol das pessoas e da otimização do seu bem-estar que a ação da enfermagem, em particular do enfermeiro especialista devido à sua maior especificidade de atribuições, que o trabalho deve ser orientado, preparado e desenvolvido. No sentido de desenvolver e consolidar as competências específicas identificadas com os números 2, 3 e 4 recorri a estudos de caso, de modo a, conforme referido no parágrafo anterior, contextualizar e ancorar a linha interventiva. A escuta ativa, a demonstração de disponibilidade para com o doente e a família, o apoio emocional decorrente do estabelecimento de uma relação de confiança, despojada de juízos, contribuíram para o estabelecimento de vínculos de consistência crescente, essenciais para que a intervenção terapêutica atinja os níveis de sucesso desejáveis. Todo este processo permitiu uma aferição mais concreta e assertiva dos problemas em presença e delinear as consequentes intervenções de enfermagem

para os mitigar ou resolver. Este levantamento, quer enquanto processo, quer enquanto produto, esteve, também, relacionado com visitas domiciliárias com uma assistente social com vista à resolução de problemas na casa dos doentes e encaminhamento para instituições adequadas. Tratou-se, uma vez mais, de um trabalho de campo, de foro multidisciplinar, desenvolvido por uma equipa bem articulada e plurideterminada. De destacar, neste contexto, o papel (in)formador e de suporte do grupo de cuidadores informais. Neste espaço, foram privilegiados momentos de partilha, esclarecimento de dúvidas, sessões de relaxamento, passagem de conhecimentos e práticas. Enfim, um espaço de exercício pleno das competências identificadas com os números 2, 3 e 4.

Assim, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através das ações dos seus profissionais, foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade. Percorre e desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite ao enfermeiro estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Regulamento n.º 515/2018).

Face ao anteriormente apresentando, a prática do enfermeiro especialista na área da saúde mental reveste-se de uma enorme especificidade e complexidade. Esta envergadura de funções de carácter plurideterminado obriga a uma formação académica que permita não só angariar conhecimento, mas também capacidade de acomodação e integração da informação/ formação obtida, bem como resiliência e capacidade de ajuste e adequação face às exigências da prática quotidiana. Com efeito, é possível, através do Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016, identificar no Decreto-lei a aprovação do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, nomeadamente no domínio do Grau de Mestre. No art.º 15.º do Cap. III deste

documento são inumeradas as várias competências que o aluno deve adquirir de forma a que consiga alcançar o referido grau académico. Neste contexto, dada a sua exigência, este apenas é conferido aos que demonstrem:

- “adquirir conhecimentos e capacidade de compreensão a um elevado nível (sustentar, desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos ao nível do 1.º; os utilizem como base de desenvolvimentos principalmente em contexto de investigação);
- aplicar os conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações imprevisíveis, em contextos distintos e multidisciplinares;
- ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, ter ou desenvolver capacidade reflexiva em situações de informação limitada ou incompleta, acerca de questões como responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ter capacidade de transmitir as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, a terceiros (sendo estes especialistas ou não), com objetividade e clareza sem ambiguidades;
- possuir ou desenvolver competências que permitam uma aprendizagem futura, de um modo autónomo.”

O mesmo Decreto-Lei assegura, ainda, que o grau de Mestre é conferido numa determinada especialidade, devendo as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização (DR, 2016).

Em suma, com base nas orientações legislativas que balizam a obtenção do grau de Mestre, este pressupõe e deverá corresponder à obtenção de uma especialização profissional. Na área da saúde, em especial no que diz respeito à enfermagem, mais concretamente na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o mesmo implica que, em complemento com as competências do enfermeiro geral, um Mestre especializado adquira conhecimento aprofundado no domínio da temática de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Do anteriormente exposto, importa, assim, salientar que a prática de enfermagem impõe a conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, levando à elaboração de uma avaliação exaustiva dos pacientes alvo de acompanhamento. Esta abordagem inclui não só o paciente em si, como toda a sua rede familiar alargada, formulando os diagnósticos de enfermagem tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e aplicando as intervenções gerais e especializadas face à sintomatologia e respetivo enquadramento. Os diagnósticos não ficam estagnados, exigindo, entre outros procedimentos, a revisão dos diagnósticos de enfermagem iniciais ou a adequação das intervenções com o evoluir da situação de saúde. Trata-se de um acompanhamento constante, sistémico e sistemático dos casos, tendo como norte a resposta resiliente, contextualizada e atualizada das abordagens aplicadas e dos cuidados prestados.

No contexto da prática quotidiana, a capacidade de resposta do profissional de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica é amiúde posta em causa, obrigando a uma rápida mobilização de conhecimentos adquiridos, capacidade de leitura da situação, empatia e poder decisor. Nestas situações, uma boa formação de base aliada a *inputs* decorrentes da experiência da prática quotidiana vai contribuindo para a construção de intervenções mais sólidas e assertivas. Com efeito, na minha prática enquanto enfermeira, perante um paciente em situação crítica, a minha atuação orienta-se, numa primeira instância, no sentido de prestação de cuidados vocacionados para o momento e consonantes com avaliação dele imediatamente decorrente, procurando agir de forma rápida e segura. Embora nestes contextos seja fácil deambular nos cuidados de natureza técnica e correlativos, não se podem colocar de parte outros cuidados de enfermagem, contribuindo para uma rápida recuperação, assim como recorrer a um posterior planeamento.

É neste sentido que, no contexto da minha experiência enquanto mestranda, a formação neste domínio contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento no âmbito das aprendizagens profissionais, potenciando a análise reflexiva, o autoconhecimento e a assertividade, bem como reforçando os meus conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação académica e através da prática clínica enquanto enfermeira especialista. Permitiu desenvolver proatividade, baseada na segurança profissional que a ampliação de conhecimentos e de práticas permite

alcançar. Assim, é possível afirmar que esta segurança e autoconhecimento advêm de um, cada vez maior, domínio dos conceitos, fundamentos, suporte teórico que se apresentam importantes para um reforço na resolução de problemas em diferentes contextos. Toda esta aprendizagem foi potenciada pela minha abertura a um ambiente de trabalho em parceria e colaboração com outros profissionais de saúde, facto que me permite estabelecer uma relação entre o trabalho colaborativo e a eficácia das aprendizagens e das práticas decorrentes. Tratou-se, pois, de um processo essencial que conduziu a aprendizagens que levaram ao aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem especializada indo ao encontro de boas práticas em contexto de trabalho. Com efeito, a aposta na atualização constante ao nível dos conhecimentos e das práticas a aplicar assume-se como um contributo vital para um desempenho profissional seguro, atualizado e, por conseguinte, eficaz.

7. CONCLUSÃO

Dado o contínuo aumento da esperança média de vida e, portanto, da população idosa, a paisagem demográfica caracteriza-se cada vez mais pela prevalência de faixas etárias mais avançadas. Estas têm, geralmente, múltiplas condições de saúde associadas – maioritariamente as demências – pelo que implicam uma enorme utilização dos serviços e cuidados de saúde. Estes cuidados são proporcionados, em grande parte, por cuidadores informais que procuram dar resposta às necessidades de familiares idosos, com recursos limitados (Vaingankar et al., 2016).

Tal como referido na análise dos resultados obtidos a partir da implementação do estudo que agora se apresenta, sobressai que, na maioria, os cuidadores informais são mulheres, elementos da família, esposas com baixa escolaridade e desempregadas. Todo o foco do cuidador é o doente dependente, o que evolui em consequências menos positivas em vários níveis, quer físicos, quer psicológicos quer socioeconómicos. Os cuidadores informais são, assim, essenciais para a qualidade de vida das pessoas com demência.

De facto, em 2016, dados apontam que 73,7% dos cuidadores analisados tinham pelo menos uma condição sintomática, sendo que 43,7% apresentavam sintomas depressivos clinicamente relevantes (Riedel, Klotsche & Wittchen, 2016). No mesmo sentido, na esfera neurocognitiva, ressalta-se o fraco desempenho atencional e das funções executivas. (Allen et al., 2017). O estudo implementado no decurso do presente trabalho assume resultados que consubstanciam estes dados. Com efeito, a análise dos resultados obtidos permite aferir a existência de sobrecarga nos cuidadores informais, podendo ser ligeira ou intensa, no entanto a permanência da pessoa dependente no domicílio é um fator transversal a todos os cuidadores. Parece, também existir uma relação entre a sobrecarga sentida e os níveis de ansiedade desenvolvidos.

É neste sentido que a adoção de sistemas de suporte a famílias de idosos com demência deve ser equacionado e estruturado de modo a ter impacto em todas as suas vertentes de vida, melhorando a experiência dos cuidadores informais de forma generalizada. Desta feita, cuidadores suscetíveis a efeitos negativos devem ser identificados e devem ser alvo de intervenções (Vaingankar et al., 2016).

Numa sociedade com longa esperança de vida, um aumento do envelhecimento da população remete-nos para a necessidade de haver uma resposta para situações de dependência reforçadas com problemas do foro mental. Também no paradigma da manutenção do dependente na sua residência no seio do agregado familiar, ao invés da sua institucionalização, prevalece o facto do cuidador informal ser um elemento de destaque pela função que desempenha, e de especial atenção pelo desgaste e sobrecarga que absorve, consequente da prestação de cuidados à pessoa dependente, na sua grande maioria, seu familiar.

Decorrente de toda esta envolvimento, o papel do enfermeiro especialista em saúde mental, é uma realidade necessária e essencial, possibilitando ultrapassar novos desafios e crises através de renovadas estratégias e intervenções. O seu conhecimento dos doentes e dos seus cuidadores através da elaboração de um diagnóstico de enfermagem possibilita desenvolver intervenções, visando identificar os riscos dos cuidadores informais e prestando o devido auxílio. O papel do profissional de enfermagem estende-se também no campo da literacia do cuidado a prestar ao outro e a si. A orientação do cuidador no sentido de lhe proporcionar conhecimentos a respeito da problemática que tem entre mãos, dos cuidados que pode prestar, do auxílio que pode solicitar e dos cuidados que deve ter consigo mesmo afigura-se essencial para o sucesso de toda a intervenção.

Ao longo do estágio e com a concretização do trabalho, foi possível o desenvolvimento de competências enquanto especialista de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, as quais foram desde a elaboração de diagnósticos em enfermagem, assim como o desenvolvimento, planeamento e operacionalização de intervenções junto do cuidador. Estas competências decorreram da implementação de atividades variadas, as quais incluíram consultas de Gerontopsiquiatria, consultas em visita domiciliária, sessões de literacia para a saúde, participação no hospital de dia,

em formações e congressos e sessões de relaxamento aos cuidadores. Em acréscimo, a elaboração dos questionários aplicados e elaboração do artigo científico levaram a uma atividade de leitura e análise que remeteram para uma maior capacidade de busca e relação de conhecimento, condição essencial à prática de enfermagem. Toda esta experiência potenciou o desenvolvimento e consolidação das competências específicas da área do enfermeiro especialista, contribuindo ativamente para o crescimento profissional e pessoal.

Ao longo de todo o percurso tiveram lugar momentos de reflexão de ordem vária. Com efeito, a análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas revelou-se bastante enriquecedora e profícua, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado quer a nível profissional quer a nível académico, bem como pessoal. Foi possível uma maior consciencialização no que diz respeito a determinados temas que carecem de uma mais atenta abordagem e investimento. O percurso demonstrado irá carecer de uma constante renovação em termos de investimento académico e profissional de forma a reforçar conhecimentos práticos e teóricos, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

A conclusão deste estudo permitiu atingir os objetivos propostos, tendo, no entanto, ficado aquém do expectado, devido ao baixo número de adesão de elementos de amostra. Não obstante, considera-se uma contribuição para o conhecimento teórico da problemática do cuidador informal, e especificamente uma abordagem à realidade do contexto, indo ao encontro da necessidade constante de melhoria e do treino de competências e análise de resultados em trabalhos desta natureza.

O estudo teve diversas limitações, mas há que destacar o fator da fraca adesão por parte dos cuidadores informais, levando a sugerir a necessidade de uma maior intervenção junto desta população e a importância de se desenvolverem outros estudos na mesma área temática no futuro próximo. No entanto, esta baixa adesão ao estudo, este serviu, sem dúvida, para o treino de competências de investigação e perceber/caracterizar a população em causa. Por outro lado, importa ressaltar que a equipa afeta ao serviço ficou motivada para continuar o projeto, ficando mesmo definidas e calendarizadas as próximas sessões. No que concerne aos resultados obtidos, é

consciente referir que estes poderão ou não constituir modelo de representação da população alvo, dado o reduzido tamanho da amostra. Assim, a importância de se refletir acerca de estratégias de motivação e divulgação das intervenções alternativas, de forma a captar a participação em futuros estudos, ficou demonstrado com um dos caminhos a percorrer. Por outro lado, o levantamento destas necessidades de orientação por parte dos agentes cuidadores de doentes idosos com demência poderá ser uma base de trabalho que permitirá conceber e desenvolver programas específicos de prevenção e atuação junto desta franja da população. Nesta linha, os grupos de apoio revelaram-se uma abordagem frutífera, cuja implementação representa um caminho a seguir e que poderá abrir portas a outras linhas interventivas ou abordagens.

Estas foram, sem dúvida, as grandes mais-valias de todo este processo. A ampliação do espectro de conhecimentos científicos na área da saúde mental, a sua articulação com um trabalho de terreno pertinente e a consequente consolidação da prática de enfermagem que daqui resultou configurou-se, ao longo deste percurso formativo, como fonte de aprendizagem sólida. A ação quotidiana e o contacto direto com os utentes e os cuidadores informais que se constituíram o objeto do meu estudo, conferiram uma humanidade real, abrindo portas para um enraizamento na realidade concreta, mais particularmente numa realidade local muito própria e contextualizada. Estas pessoas que, gentilmente “emprestaram” as suas vidas, vivências, angústias e desejos, permitiram-me um contacto direto com uma realidade dura, de dureza crescente e que constitui uma das suas grandes preocupações de vida. Poder vislumbrar uma resposta para lhes dar e fazer parte dela potenciou um caminho de crescimento pessoal e profissional ímpares, dotando-me de visão, competência científica e *skill* prático para continuar a apostar numa abordagem interventiva face a realidades concretas. Por outro lado, ao longo de todo este percurso, tornou-se para mim muito evidente os inúmeros condicionantes e condicionalismos que pessoas com demência e as suas famílias enfrentam. Uma ajuda eficaz implica uma visão empática dos seus contextos. Aprendi, contudo, que empatia não se pode fundir com sentimentos de que levem à assunção da dor ou dos problemas alheios. É, deste modo, construir uma relação empática, mas mantendo as devidas distâncias para que, por osmose, não ocorram transferências. Este foi um outro aspeto que reflete uma aprendizagem muito significativa da minha parte.

8. BIBLIOGRAFIA

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncipe Editora, Lda.

Albuquerque, C.M.S., & Matos, A.P.S. (2006). Estilo de vida, perceção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *Revista Educação, Ciências e Tecnologia*.

Allen, A.P., Curran, E.A., Duggan, Á., Cryan, J.F., Chorchoráin, A.N., Dinan, T.G., Molloy, D.W., Kearney, P.M., & Clarke, G. (2017). A systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: focus on cognitive and biological markers of chronic stress; *Neurosci Biobehav*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27986469>. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Almeida, O.P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. Acedido: 10 Fevereiro 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1998000400014&script=sci_abstract&tlng=pt

Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.DSM-V.5ª edição*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apóstolo, J. (2010). *Instrumentos para avaliação em Geriatria - (Geriatric Instruments)*. Documento de Apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ayres, J.R.C.M. (2007). Uma conceção hermenêutica de saúde. Physis, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Bastos, A., Quesado, A., Padilha, M., Ferreira, L., & Kraus, T. (2005). Áreas de Intervenção dos Enfermeiros, na Adaptação da Pessoa à Situação de Doença. Revista Sinais vitais.

Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. The Gerontologist.

Brito, L. (2001). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora.

Brown, G.W.(1972) *Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication*. BrJ Psychiatry. Disponível em: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Influence-of-Family-Life-on-the-Course-of.pdf>. Acedido a: 10 Março 2019.

Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F., Okamoto, I.H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivos de Neuropsiquiatria. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acedido: 10 Fevereiro 2019

Cardoso, L., Vieira, M.V., Ricci, M.A.M. & Mazza, R.S. (2011). Perspectivas Atuais sobre a Sobrecarga do Cuidador em Saúde Mental. Artigo de Revisão. Acedido: 22 novembro 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a33v46n2.pdf>.

Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.

Cassidy, E.L., & Sheikh, J.I. (2002). Pre-intervention assessment for disruptive behaviour problems: a focus on staff needs. Aging & Mental Health, 6(2), 166 – 171.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. London: Sage Publications.

Decreto lei n.º 151/2018 (2018). *Diário da República, série II. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>. Acedido: 10 Março 2019.

Decreto lei n.º 35/ 18 de Fevereiro de 2011. (2011). *Diário da República, 2.ª série*. Acedido: 10 Março 2019. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Debring, C., McCarty, E.F., Lombardo, N.B. (2002). Professional caregivers for patients with dementia: predictors of job and career commitment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(6), 357-366.

Direção Geral da Saúde. (2016). *Portugal: Saúde Mental em Números*. Lisboa. Acedido: 10 Março 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Dixon, L.A., & Lehman, A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21.

Dupuis, S.L., Epp, T. & Smale, B. (2004). *Caregivers of persons with dementia: Roles, experiences, supports, and coping: A literature review*. Ontario: University of Waterloo.

Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*. Brasil.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mchugh, P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatric Journal*.

Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação, da Conceção à Realização*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência.

Galdeano, L.E., Rossi, L.A., Nobre, L.F. & Ignacio, D.S. (2003) Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200009>. Acedido: 10 Março 2019.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2007). *O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos*. Acedido a: 10 Abril 2019. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a06.pdf>.

Hamilton, M.(1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*.

Hughes, J. (1980). *A filosofia da pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar.

Jóia, L.C., Ruiz, T. & Donalísio, M.R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu. Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Epidemiologia Serviço Saúde*.

Kérouac, S. (2002). *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.

Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a Idosos. Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi Editores.

Larsen, R., & Thorpe, C. (2006). *Elder Referral service: Optimizing Major Family Transitions*. Marquette Elder's Advisor, Volume 7.

Lefley, H.P. (2009). *Family psychoeducation for serious mental illness*. Oxford University Press.

Levy-Frank, I., Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Roe, D. (2011). Family psychoeducation and therapeutic alliance focused interventions for parents of a daughter

or son with a severe mental illness. *Psychiatry Research*. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2011-21476-004>. Acedido: 10 Março 2019.

Lopes, M. (2006). Estatuto do cuidador informal: Capacitação dos cuidadores. Disponível em: www.publico.pt/2016/04/07/sociedade/noticia/governo-e-cds-de-acordo-e-preciso-apoiar-cuidadores-de-idosos-em-casa-1728387. Acedido: 10 Março de 2019.

Ludke, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, E.P.U.

Lynn, E., Barbara, E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*.

Machado, S.C.G. (2012). Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana. Dissertação de Mestrado, Centro de Competência de Tecnologia da Saúde, Universidade da Madeira.

Martins, T., Ribeiro, T & Garrett, JP. (2003). Estudo de validação do questionário de sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*.

Medidas de apoio ao cuidador informal. (2019). Acedido: 10 Março 2019. Disponível em: www.portugal.gov.pt.

Meijer, A.H., Gabby Krens, S.F., Medina Rodriguez, I.A., He, S., Bitter, W., Snaar-Jagalska, Ewa B., & Spaink, H.P. (2004) Expression analysis of the Toll-like receptor and TIR domain adaptor families of zebrafish. *Molecular immunology*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687934>. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Meleis, A. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, nº 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Mendonça, F. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Revista Geriatria*. Lisboa. Ano 13, nº 127.

Mental Health 4 Occupational Therapy. (2012). Hamilton rating scale for anxiety. A group for mental health occupational therapist to share resource and knowledge. Disponível em: <https://mh4ot.com/2012/06/28/hamilton-rating-scale-for-anxiety/>. Acedido: 10 Março 2019.

Nascimento, L. C., Moraes, E. R., Silva, J. C., Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. C. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília.

Neuman, B. M., & Young, R. J. (1972). A Model for Teaching Total Person Approach to Patient Problems. *Nursing Research*, doi:10.1097/00006199-197205000-00015.

Neuman, B. (1996). The Neuman Systems Model in Research and Practice. *Nursing Science Quarterly*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8710312>. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Nunes, L. (2013) Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Edição: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.

Ordem dos enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.

Pereira, H. (2011). Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo: Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>. Acedido: 10 Março 2019

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas.

Praskoa, J. V. (2010). *Psychoeducation for Psychotic patients*: Disponível em: <http://biomed.papers.upol.cz/getrevsrc.php?identification=public&mag=bio&raid=110&type=fin&ver=2>. Acedido a: 10 Abril.

Revista Portal de Divulgação. (2015). n.45, Ano V. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova. Acedido: 10 Março 2019.

Richardson, D.M. & Gaertner, M. (2013). Plant invasions as builders and shapers of novel ecosystems. *Novel ecosystems: intervening in the new ecological world order*. WileyBlackwell, Oxford.

Riedel, O., Klotsche, J., Wittchen, H.U. (2016). Overlooking informal dementia caregivers' burden. *Res Gerontol Nurs* 167-174. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264043>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Rogers, A., & Pilgrim, D. (2010). *A sociology of mental health and illness*. 3rd ed. Maidenhead: Open University Press.

Rogers, A., & Pilgrim, P. (2001). *Mental health policy in Britain*. Basingstoke: Macmillan Press.

Rummel-Kluge, C.& C, Kissling, W. (2008). *Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families*. Acedido a: 10 Março 2019. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18590477>.

Sackett, D. et al., (2000). Evidence based medicine. Oxford: Churchill Livingstone.

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Ata Med Port*, vol. 28. Acedido: 15 Fevereiro 2019. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6025/4295>.

Santos, S. M. (2003). Idosos, família e cultura - Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. São Paulo: Alínea.

Schulz R., Martire, L., Klinger, J.N. (2005). Caregiver interventions in geriatric psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK71400/>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Schulz, R., Martire, L. (2004). Family Caregiving of Persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *Am Assoc Geriatr Psychiatry*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126224>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel.

Shulman, K.I., Shedletsky, R., & Silver, I.L. (1986). The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Silva, H. & Coutinho, L. (2000). E para si, o que é a saúde? Contributos para a construção de um instrumento. *Revista Nursing*, 36-40.

Sousa, L. & Eusebio, C. (2007). When multi-problem poor individuals myths meet social services myths. *Journal of Social Work*. Vol. 7.

Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. & Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 961-973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17052663>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Sörensen, S., Lissovoy, D., Kunaprayoon, D., Resnick, B., Rupnow, M., Studenski, S. (2006). A taxonomy and Economic Consequences of Nursing Home Falls. *Drugs Aging*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16608380>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.

Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 356-372.

Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática*. 6ª Edição. Artmed editora. Porto Alegre.

Tier, C.G., Fontana, R.T., Soares, N.V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev. Bras Enfermagem*. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a15v57n3.pdf>. Acedido: 08 de Janeiro de 2019.

Vaingankar, J. A., Chong, S.A., Abdin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y. (2016). Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26160998>. Acedido: 10 Março 2019.

World Federation for Mental Health (WFMH). (2010). Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others. Disponível em:

https://wfmh.global/wp-content/uploads/Caring-for-the-Caregiver-11_04_09-FINAL-2edit2018.pdf. Acedido: 10 Março 2019.

World Health Organization. (2012). Alzheimer's Disease International. Editores. Dementia: a public health priority. Geneva.

Wright, M. L. & Leahey, M. (2002). Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. 3ªed. São Paulo. Roca.

Yacubian, J., & Neto, F. (2001). *Psicoeducação Familiar*. Disponível em: http://www.faepesul.org.br/arquivos/psicoeducacao_familiar.pdf. Acedido: 14 Março 2019.

Zarit, S. H., Reever, K. E., Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 649-655.

ANEXOS

ANEXO I – PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE JACOBSON

Objetivos

- Promoção do relaxamento físico dos cuidadores;
- Diminuição dos níveis de ansiedade dos cuidadores.

Requisitos humanos/ materiais:

- Utentes, enfermeiros e assistentes operacionais;
- Cadeiras ou colchões;
- Computador e dispositivo USB com músicas de relaxamento.

Responsabilidades:

- O enfermeiro deve explicar em que consiste a atividade que se vai realizar e os benefícios da mesma. Ao longo da sessão deve ir conduzindo e motivando os cuidadores, explicando cada passo da atividade.

Preparação:

- Colocar roupa confortável;
- Não usar acessórios;
- Explicar em que consiste o exercício, qual o seu objetivo e os seus benefícios.

Descrição:

O exercício baseia-se na contração, mais ou menos 5 segundos, seguido de relaxamento, mais ou menos 10 segundos de um grupo muscular.

Exercício – Relaxamento de Jacobson

- Sentar/ Deitar;
- Fechar os olhos;
- Relaxar, não pensar nem se preocupar com nada, apenas com o exercício.
- Focar a atenção para a própria respiração.
- Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Concentre-se na perna direita e no pé direito e aperte fortemente. Contraia a perna direita e o pé direito com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe a perna direita e o pé direito. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.
- Concentre-se na perna esquerda e no pé esquerdo e aperte fortemente. Contraia a perna esquerda e o pé esquerdo com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe a perna esquerda e o pé esquerdo. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.
- Concentre-se no braço direito e na mão direita e aperte fortemente. Contraia a mão direita e o braço direito com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe a mão direita e o braço direito. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.

- Concentre-se na mão esquerda e no braço esquerdo e aperte fortemente. Contraia a mão esquerda e o braço esquerdo com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe a mão esquerda e o braço esquerdo. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.

- Concentre-se no peito, na barriga e nas costas e aperte fortemente. Contraia o peito, a barriga e as costas com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe o peito, a barriga e as costas. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.

- Concentre-se nos glúteos e aperte fortemente. Contraia os glúteos com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe os glúteos. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.

- Concentre-se nos seus ombros e aperte fortemente. Contraia os ombros com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe os ombros. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.

- Concentre-se no pescoço e aperte fortemente. Contraia o pescoço com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe o pescoço. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.

- Concentre-se nos lábios e aperte fortemente. Contraia os lábios com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe os lábios. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.

- Concentre-se nos olhos e aperte fortemente. Contraia os olhos com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe os olhos. Sinta as preocupações e o stress a afastar-se.
- Rode o pescoço para os dois lados. (Repetir 3 vezes)
- Incline a cabeça para a frente até chegar com o queixo ao peito. Agora incline a cabeça para trás. (Repetir 3 vezes)
- Tente chegar com a orelha direita ao ombro direito.
- Tente chegar com a orelha esquerda ao ombro esquerdo.
- Repare como a sua respiração está calma e tranquila mas o seu corpo está pesado.
- Concentre-se nos seus pés e sinta-os pesados, muito pesados. Os seus pés estão quentes e relaxados.
- Concentre-se nas suas pernas e sinta-as pesadas, muito pesadas. As suas pernas estão quentes e relaxadas.
- Concentre-se na barriga, no peito e nas costas e sinta-os pesados, muito pesados. Estão cada vez mais quentes e relaxados.
- Concentre-se nas suas mãos e braços e sinta-os pesados, muito pesados. Estão cada vez mais quentes e relaxados.
- Concentre-se no seu pescoço e ombros e sinta-os pesados, muito pesados. Estão cada vez mais quentes e relaxados.
- Concentre-se na sua cara e sinta-a pesada, muito pesada. Está agora mais quente e relaxada.

- Relaxe. Descanse. Ao seu tempo e ritmo, comece a mexer os membros e a abrir os olhos.

- Repare como está calmo e tranquilo.

Avaliação

- Avaliação global efetuada com os utentes no final do relaxamento;

- Observação da atitude, da postura, da participação e do comportamento dos participantes.

ANEXO II - PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE SCHULTZ

Objetivos:

- Promoção do relaxamento físico dos cuidadores;
- Diminuição dos níveis de ansiedade dos cuidadores;
- Promoção da interiorização da necessidade de autocontrolo e benefícios inerentes.

Requisitos humanos/ materiais:

- Utentes e enfermeiros;
- Colchões;
- Computador e dispositivo USB com músicas de relaxamento.

Duração:

45 Minutos

Responsabilidades:

- O enfermeiro deve explicar em que consiste a atividade que se vai realizar e os benefícios da mesma. Ao longo da sessão deve ir conduzindo e motivando os cuidadores, explicando cada passo da atividade.

Guião

- Coloque-se numa posição confortável
- Feche os olhos e concentre-se nas instruções
- Afirme mentalmente, eu estou completamente tranquilo e sinto-me bem
- Centre-se na sua respiração, com o ar a entrar...e a sair, chegando a todas as partes do seu corpo.
- Repita para si mesmo: “Sinto-me calmo, tranquilo, em paz”

Mão direita

- Concentre-se na sua mão direita
- Liberte-a de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Uma mão relaxada é uma mão que não está bem aberta nem bem fechada
- Sinta a sua mão pesada, relaxada
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Braço e antebraço direito

- Concentre-se no seu braço e antebraço direito
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Sinta todas as tensões a abandonar o seu braço e antebraço direito
- Sinta o seu braço pesado, relaxado
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Mão esquerda

- Concentre-se na sua mão esquerda
- Liberte-a de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Uma mão relaxada é uma mão que não está bem aberta nem bem fechada
- Sinta a sua mão pesada, relaxada
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Braço e antebraço esquerdo

- Concentre-se no seu braço e antebraço esquerdo

- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Sinta todas as tensões a abandonar o seu braço e antebraço esquerdo
- Sinta seu braço pesado, relaxado
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Ombros e pescoço

- Concentre-se agora nos seus ombros e pescoço
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Deixe os seus ombros descair
- Sinta os seus ombros e pescoço pesados
- E sinta-se pesado, relaxado
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Maxilar inferior e boca

- Concentre-se agora no seu maxilar inferior e boca

- Deixe descair a sua língua e pousar tranquilamente na sua boca
- Descontrai-a o maxilar, deixando-o relaxar
- Liberte-se de todas as tensões e sinta o seu maxilar descontraído
- Sinta a pele à volta da sua boca, lisa, macia, sem rugas
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Olhos, pálpebras e testa

- Concentre-se agora nos seus olhos, pálpebras e testa
- Descontraia as pálpebras que ficam pesadas sobre os olhos
- Sinta a pele em redor dos olhos lisa, sem rugas.
- Sinta a sua testa macia, lisa sem rugas
- Liberte-se de todas as tensões
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Cabeça

- Concentre-se agora na sua cabeça e nuca
- Imagine que o relaxamento se prolonga pela cabeça até à nuca
- Sinta a sua nuca pesada, descontraída

- Liberte-se de todas as tensões
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Costas

- Concentre-se agora nas suas costas
- Identifique zonas de tensão
- Elimine todas as tensões e sinta-se calmo
- Sinta as suas costas pesadas, a afundar no colchão/cadeirão
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Pé direito

- Concentre-se no seu pé direito
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-o de todas as tensões
- Deixe o seu pé descair, rodando ligeiramente
- Sinta o seu pé direito pesado, muito pesado, a afundar
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Perna e coxa direita

- Concentre-se na sua perna e coxa direita
- Identifique zonas de tensão na perna e coxa direita
- Deixe a perna descair numa posição confortável
- Elimine todas as tensões
- Sinta a sua perna e coxa direita pesada, a afundar
- Sinta-se calmo, tranquilo, em paz

Pé esquerdo

- Concentre-se no seu pé esquerdo
- Identifique zonas de tensão
- Liberte o seu pé esquerdo de todas as tensões
- Deixe o seu pé descair, rodando ligeiramente
- Sinta o seu pé esquerdo pesado, muito pesado, a afundar
- Sinta-se calmo, tranquilo, em paz

Perna e coxa esquerda

- Concentre-se na sua perna e coxa esquerda
- Identifique zonas de tensão na perna e coxa esquerda

- Deixe a perna descair numa posição confortável
- Elimine todas as tensões
- Sinta a sua perna e coxa esquerda pesada, a afundar
- Sinta-se calmo, tranquilo, em paz

Finalização

- Abrir os olhos calmamente
- Sentir o nosso corpo
- Vamos mexer os dedos das mãos e dos pés
- Ao nosso ritmo, vamo-nos sentando e olhando uns para os outros
- Vamos espreguiçar-nos, activando todos os músculos e a circulação

Avaliação

- Avaliação global efetuada com os cuidadores no final do relaxamento;
- Observação da atitude, da postura, da participação e do comportamento dos participantes.

ANEXO III - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

ANEXO IV - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR – ESCALA DE ZARIT

Escala de sobrecarga do cuidador – Escala de Zarit

Iniciais do paciente: _____

Data: _____

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião

		Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar sente mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele (a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

ANEXO V- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Iniciais do paciente: _____

Data: ____/____/____

Instruções: Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pelos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		TOTAL:	

ANEXO VI- AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA



EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO n.º 11/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 12.12.2018 (Ata nº 63, Ponto 4.1)

Aos dez dias do mês de dezembro de dois mil e dezoito, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, que justificou a sua falta. -----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

«**PONTO DÉCIMO** – EDOC/51835 – Projeto «Cuidadores Informais de pessoa com demência», a realizar pela Enfermeira Vânia de Jesus Horta Rodrigues. -----

---A Comissão de Ética analisou o Projeto e tendo sido apresentadas as ratificações solicitadas pela mesma nada tem a opor à sua realização. -----

Beja, 18 de Dezembro 2018

A Presidente da Comissão de Ética

Ana Matos Pires

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade	
Sexo	
Grau de parentesco	
Habilitações literárias	
Profissão	
Ativo profissionalmente	
Vive com o doente	

Antecedentes: Através de entrevista ao cuidador informal da pessoa com demência (2º o Parecer nº 01/2017 da Ordem dos enfermeiros)

Antecedentes pessoais:

Antecedentes familiares:

Hábitos tóxicos:

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo e a caracterização da população em risco de sobrecarga, em particular os cuidadores informais da pessoa com demência, são o principal propósito deste projeto, no sentido de criar programas específicos de prevenção e atuação.

A palavra demência deriva da palavra latina demens (privação; mens - inteligência).

Cuidar de pacientes com demência causa inúmeros e diferentes repercussões na vida dos cuidadores, como fadiga e enfraquecimento físico e emocional. Deve-se enfatizar igualmente, quando o cuidado é dado por um período de tempo elevado e que pode conduzir a uma sobrecarga maior (Richardson et al., 2013).

Cuidar de um doente é um desafio principalmente para a família que muitas das vezes é o pilar e o suporte da pessoa doente (Richardson et al., 2013).

O apoio prestado pelos diferentes cuidadores pode ser de dois tipos: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico e apoio instrumental, que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais e perda de autonomia física temporária ou permanente (Paúl, 1997).

Ser cuidador informal de um doente com doença prolongada representa uma situação de crise geradora de stress, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social, se a situação que se gerou for nova para o cuidador (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008).

Ao longo do ciclo vital o cuidador vai experimentando mudanças e transições, que resultam em novos comportamentos e aquisições. A adaptação decorre da própria transição que o cuidador experiênciia. Segundo Meleis, durante o ciclo vital as famílias e

doentes vão experimentando de forma contínua mudança e transições, podendo resultar em novas relações comportamentos e percepções. O cuidador para suportar o papel que lhe é exigido tem de ter em conta que se encontra em processo de transição. O cuidador informal sofre a transição e de seguida se a transição for saudável identifica-se com o seu novo estatuto adaptando-se (Meleis, 2000).

Alguns estudos demonstraram que os cuidadores apresentam níveis altos de stress e níveis baixos de anticorpos, o que pode influenciar o seu bem-estar e possíveis doenças (Gouin, Hantsoo, & KiecoltGlaser, 2008).

Aquilo a que me proponho é fazer um estudo exploratório no distrito de Beja que sirva de sustentação para um trabalho mais generalizado ao Baixo Alentejo.

O objetivo do trabalho é analisar a relação entre a sobrecarga e a ansiedade provenientes do cuidado à pessoa com demência.

A pesquisa será de carácter transversal, quantitativo, pelo que se trata da avaliação de um conjunto de parâmetros, com recurso a instrumentos que avaliam quantitativamente a percepção dos participantes sobre um conjunto de aspetos relacionados com a sua sobrecarga e a ansiedade enquanto cuidadores informais.

A recolha de dados será feita através de questionários de caracterização sociodemográfica, para além de instrumentos que já foram testados e adaptados à população Portuguesa, tais como a escala de Ansiedade de Hamilton (1959) e a escala de Burden Interview Scale (Zarit). Este questionário, na sua versão portuguesa, deriva da Burden Interview Scale (versão original constituída por 29 questões, tendo sido reduzida para 22), constitui um instrumento de medida para avaliar a sobrecarga dos cuidadores. Permite analisar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, o que inclui as informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situações emocionais e tipo de relacionamento (Sequeira, 2007). A Escala de Ansiedade de Hamilton (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado com sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O score total é

obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Esta escala deve ser aplicada pelo profissional.

O caráter da participação no estudo é voluntário e existe possibilidade de desistência a qualquer momento.

É garantida a confidencialidade das respostas e de toda a informação.

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Data:

Assinatura:

APÊNDICE C – ARTIGO

SOBRECARGA E ANSIEDADE DOS CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA COM DEMÊNCIA

OVERLOAD AND ANXIETY OF INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH
DEMENTIA

SOBRECARGA Y ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE LA
PERSONA CON DEMENCIA

Vânia Rodrigues – Enfermeira, Serviço de Ortopedia, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E., Portugal

Paula Zarcos - Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Beja, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Rua Dr. José Correia Maltez – 7800-111 Beja, Portugal

Paula Colaço – Enfermeira Especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Beja, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., Portugal

Resumo

Objetivo: O presente artigo pretende estabelecer uma revisão do conhecimento sobre a relação entre a sobrecarga e ansiedade nos cuidadores informais da pessoa com demência. **Métodos:** Revisão sistemática nas bases de dados The Cochrane Library e PubMed, para artigos publicados nos últimos dez anos. Três artigos corresponderam aos critérios de inclusão do estudo. **Resultados:** Os cuidadores apresentam, de uma forma geral, altos níveis de cortisol, o que implica uma igualmente elevada ansiedade e sobrecarga. Isto ocorre em cuidadores informais de pessoas com demência, sendo originado por múltiplas causas, desde pessoais a culturais. Assim, existe uma necessidade premente por intervenções multidisciplinares que abordem esta complexidade. **Conclusões:** Os cuidadores informais apresentam altos níveis de sobrecarga e morbilidade psicológica, associada a sintomatologia psicopatológica como ansiedade e depressão, assim como declínio neurocognitivo. **Descritores:** Ansiedade; Sobrecarga; Cuidadores informais de pessoas com demência.

Abstract

Objetives: This article aims to establish a knowledge review about the relationship between overload and anxiety in the informal caregivers of people with dementia. **Methods:** A systematic review of the Cochrane Library and PubMed databases for articles published in the last ten years. Three articles corresponded to the inclusion criteria of the study. **Results:** Caregivers present, in general, high levels of cortisol, which implies an equally high anxiety and overload. This occurs in informal caregivers of people with dementia, originating from multiple causes, from personal to cultural. Thus, there is a pressing need for multidisciplinary interventions that address this complexity. **Conclusions:** Informal caregivers present high levels of psychological overload and morbidity, associated with psychopathological symptomatology such as anxiety and depression, as well as neurocognitive decline. **Descriptors:** Anxiety; Overload; Informal caregivers of people with dementia.

Resumen

Objetivo: El presente artículo pretende establecer una revisión del conocimiento sobre la relación entre la sobrecarga y la ansiedad en los cuidadores informales de la persona con demencia. **Métodos:** Revisión sistemática de las bases de datos The Cochrane Library y PubMed, para artículos publicados en los últimos diez años. Tres artículos correspondieron a los criterios de inclusión del estudio. **Resultados:** Los cuidadores presentan, en general, altos niveles de cortisol, lo que implica una elevada ansiedad y sobrecarga. Esto ocurre en cuidadores informales de personas con demencia, siendo originado por múltiples causas, desde personales a culturales. Así, existe una necesidad urgente por intervenciones multidisciplinarias que aborden esta complejidad. **Conclusión:** Los cuidadores informales presentan altos niveles de sobrecarga y morbilidad psicológica, asociada a sintomatología psicopatológica como ansiedad y depresión, así como declinación neurocognitiva. **Descriptores:** Ansiedad; Sobrecarga; Cuidadores informales de personas con demencia.

APÊNDICE D – CONVOCATÓRIA AOS CUIDADORES INFORMAIS

Convocatória

Convoca-se o/a familiar do sr/ sra _____
para estar presente na sessão do grupo dos cuidadores que se vai realizar no dia
____/____/____ pelas _____ no piso -1 do Departamento de Psiquiatria e
Saúde Mental de Beja.

Beja, __,_____,____

APÊNDICE E – PLANO DAS SESSÕES REALIZADAS

Objetivo geral	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégias e metodologias	Materiais
Promover a capacitação e valorização do cuidador informal da pessoa idosa com demência.	<ul style="list-style-type: none">-Promover um maior conhecimento sobre a problemática da doença;-Dar suporte, apoio emocional;- Facilitar a troca de experiências;-Proporcionar momentos de reflexão.	<p>Introdução: Apresentação dos elementos do grupo; Explicação dos conteúdos a abordar.</p> <p>Desenvolvimento: Debate sobre a doença; Esclarecimento de dúvidas; Partilha de experiências; Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Conclusão: Resumo dos conteúdos abordados.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Expositivo- Interrogativo- Brainstorming	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Projetor- Quadro

Tema da primeira sessão: “Cuidar de si”

Tema da segunda sessão: “Gestão de stress”

Tema da terceira sessão: “Estratégias de coping”

Destinatários: Cuidadores informais do doente com demência

Tempo previsto: 60 minutos

Enfermeiros: Vânia Rodrigues e Paula Colaço